

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 160

MALADIE DE DERCUM

(Adiposis dolorosa)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADÉ DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS VITAUT

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

Né à Saint-Gengoux-le-National (Saône-et-Loire), le 13 Novembre 1874



LYON

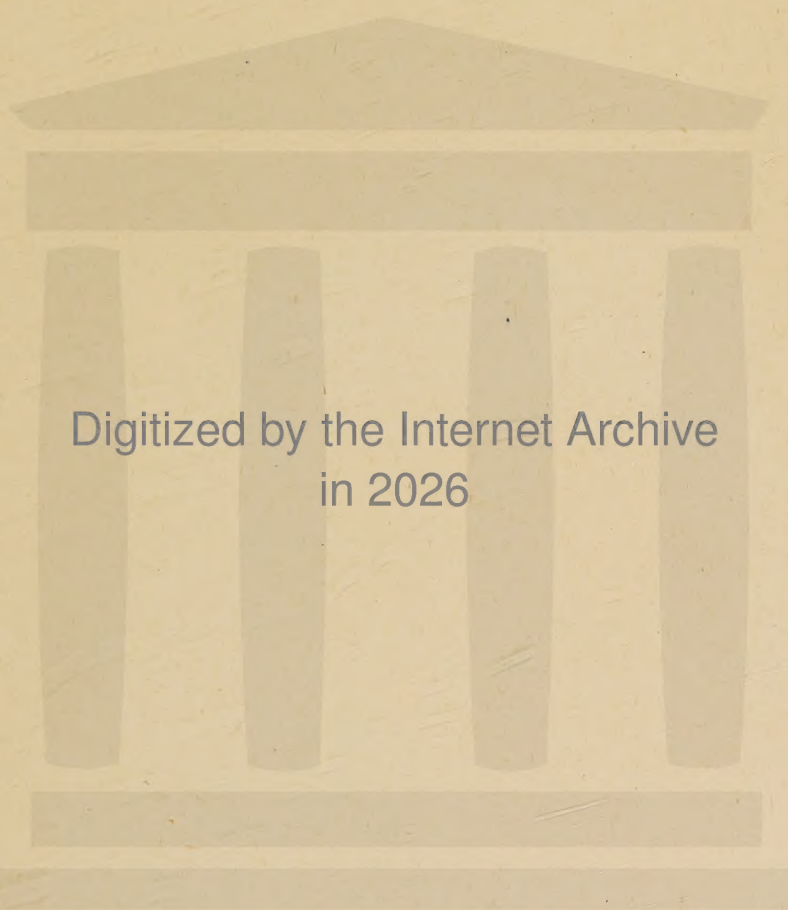
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901





Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 160

MALADIE DE DERCUM

(Adiposis dolorosa)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

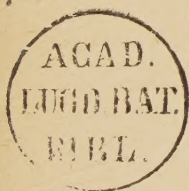
PAR

LOUIS VITAUT

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

Né à Saint-Gengoux-le-National (Saône-et-Loire), le 13 Novembre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Physique médicale.....		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale.....		TRAPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.....	M. LAROYENNE.
---------------------------------------	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Accouchements.....	FOLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVLOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président ; M. LANNOIS, Assesseur
MM. DEVIC et ROQUE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TEISSIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A l'occasion de ce travail, nous sommes heureux d'apporter l'hommage de notre reconnaissance à tous ceux qui furent nos maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté.

Plus que tout autre, le Docteur Blanc, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne, auquel des liens de parenté nous unissent, a droit à notre gratitude. Il a guidé nos premiers pas dans la carrière médicale et, pendant deux semestres d'internat, nous a encouragé de ses conseils. Nous n'oublierons jamais ses bonnes leçons et l'affectueuse bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de MM. Rabot et Mouisset, médecins des Hôpitaux de Lyon, et de M. le professeur agrégé Vallas, chirurgien des Hôpitaux, et l'interne de MM. Cénas, Garand et Montagnon, médecins, et Duchamp, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne. Nous conserverons de l'enseignement de tous ces maîtres le plus précieux souvenir et les remercions de la bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours accueilli.

M. le Dr Roux, médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne, a bien voulu nous aider dans l'exécution de ce travail. Nous n'avons pas craint d'abuser de sa

complaisance; qu'il nous pardonne et veuille agréer l'expression de nos bien sincères remerciements.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Teissier nous fait le plus grand honneur. Qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance.

Le Dr Riolacci et le Dr Layral se sont mis très aimablement à notre disposition, le premier en traduisant nos ouvrages italiens, le second en nous communiquant des renseignements précieux au sujet du malade dont nous publions l'observation. Nous les remercions de cette nouvelle marque de sympathie.

Nous remercions aussi notre ami Piat qui a bien voulu se charger de la tâche aride de traduire nos auteurs anglais.

Enfin, c'est avec regret que nous quittons nos camarades d'internat. Qu'ils soient bien persuadés que nous emportons d'eux le plus affectueux souvenir.

L. V.

INTRODUCTION

Les premières observations de l'affection que nous allons décrire sont de date relativement récente et les cas observés ou, du moins, publiés jusqu'à ce jour, ne sont pas très nombreux

Chose singulière, la littérature médicale française est presque muette sur ce sujet.

Dans un numéro de la *Médecine Moderne* (28 décembre 1898), M. Féré, médecin de Bicêtre, rapporte deux cas d'adipose douloureuse et, tout récemment, MM. Achard et Laubry en publient trois observations dans la *Revue Neurologique* (30 avril et 15 juin 1901).

A part cela, nous ne trouvons, dans quelques périodiques, que des résumés assez brefs, d'ailleurs, d'articles parus à l'étranger.

Le plus grand nombre des travaux publiés sur ce sujet nous viennent d'Amérique.

En outre, nous avons pu colliger une observation italienne et une observation allemande.

Pendant notre internat dans les hôpitaux de

Saint-Etienne, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'adipose douloureuse, soigné à l'Hôtel-Dieu dans le service de notre maître, M. le docteur Roux, médecin des Hôpitaux.

M. le docteur Garand, médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne, dont nous avons été l'interne, a vu un cas analogue dans sa clientèle. Il a eu l'amabilité de nous présenter sa malade et nous a procuré son observation. Nous l'en remercions vivement.

Après un historique aussi complet que possible de la question, nous donnerons un tableau détaillé de la maladie de Dercum.

Puis, nous publierons, *in extenso*, toutes les observations françaises et étrangères, que nous avons pu recueillir et nos deux observations inédites.

Dans un quatrième chapitre, nous indiquerons les facteurs étiologiques susceptibles d'intervenir pour engendrer l'adipose douloureuse.

Un cinquième chapitre sera consacré à l'anatomie et à la physiologie pathologiques.

Puis, nous terminerons par l'exposé du diagnostic, du pronostic et du traitement.

De toutes ces données, nous tirerons quelques conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est en septembre 1888 que fut signalé par *Dercum* (1), professeur de neurologie à la Faculté de Médecine de Philadelphie, le premier cas de l'affection qui nous occupe. Il présenta à la Société de neurologie américaine, réunie à Washington, une malade de ses salles de nerveux de l'hôpital de Philadelphie.

Il s'agissait d'une femme de 48 ans, porteuse de masses adipeuses circonscrites, apparues d'abord sur les bras et, bientôt, étendues au dos, aux épaules et aux flancs. Saillantes, élastiques, nullement fluctuantes, finement lobulées, ces tumeurs donnaient, au palper, la sensation de paquets de vers inclus dans les téguments. Elles étaient extrêmement douloureuses à la pression et pendant l'exécution des mouvements.

(1) DERCUM. — *University medical Magazine*, décembre 1888.

Après avoir rapporté une observation très détaillée de l'histoire de la malade, Dercum cherche à classer cette affection curieuse, encore inconnue, qui, d'après lui, a plusieurs points communs avec le myxœdème, mais qui s'en différencie pourtant nettement, et sans conteste, par la plupart de ses caractères.

Dès cette première observation, Dercum, par des examens histologiques répétés, établit la marche anatomo-pathologique du processus qui, débutant par l'œdème, évolue vers l'adipose et se termine par la sclérose.

Toutefois, ne voulant en rien présumer de la nature de cette maladie, il en fait une *dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané des bras et du dos, associée à des symptômes ressemblant au myxœdème*.

En 1891, Henry (1), médecin de l'hôpital de Philadelphie et à l'hôpital de la Faculté de Médecine Jefferson, présente, à la Société de Neurologie de Philadelphie, une malade atteinte d'une affection qui, dit-il, peut entrer dans la catégorie de celle que Dercum a présentée en 1888. Il s'agit d'une femme de 45 ans, alcoolique et épileptique, chez laquelle sont apparus, en divers points du corps, des nodules graisseux circonscrits et douloureux.

Selon lui, le terme de *dystrophie* employé par Dercum pour caractériser cette infection, serait impropre. Il préfère le terme de *paratrophie* qui, indiquant étymologiquement une déviation plutôt

(1) HENRY. — *Journal of nervous and mental disease*, mars 1891.

qu'un défaut de nutrition, lui semble beaucoup mieux approprié. Il s'attache ensuite à différencier cette affection de l'obésité simple et reconnaît, avec Dercum, qu'elle a quelques points communs avec le myxoedème.

En 1892, *Dercum* (1) en publie un second cas. Déliramment, cette fois, il sépare cette affection du myxoedème et de l'obésité et, mettant en vedette les deux symptômes cardinaux de la maladie, il lui donne le nom d'*adipose douloureuse*.

La même année, le savant neurologiste américain (2) en rapporte un troisième cas observé par lui, chez une femme de soixante ans. Elle présentait, sur diverses parties de son corps, des tumeurs adipeuses, les unes dures et élastiques, les autres molles : toutes étaient douloureuses à la pression. La malade finit dans un asile d'aliénées. A sa mort, on trouva le corps thyroïde augmenté de volume et induré.

En 1895, *Collins* (3) rapporte six cas d'*adipose douloureuse* dont une observation personnelle et les autres de Peterson et Loweland.

Tous ces cas ont été observés chez des femmes de quarante à soixante ans, à prédisposition héréditaire évidente et chez lesquelles se trouvait la syphilis ou l'acoolisme.

(1) DERCUM. — *The american Journal of the medical Sciences*, novembre 1892.

(2) DERCUM. — *Ibidem*.

(3) COLLINS. — *A text Book of nervous diseases* ; Philadelphia 1895.

Dans un cas de Peterson, l'examen histologique fut pratiqué et démontra nettement une hyperplasie conjonctive avec infiltration graisseuse des cellules du même tissu.

Dans la même année (1895) un cas analogue fut observé, en Europe, par *Ewald* (1). Contrairement aux observations précédentes, toutes relatives à des femmes, il s'agissait d'un homme de 47 ans. Des masses douloureuses apparurent sur les seins, sur le cou et autour de l'ombilic. Les douleurs, par leurs caractères, rappelaient celles des névrites. L'affection, dans son ensemble, dit-il, ressemblait au myxoedème, sans en avoir les symptômes caractéristiques.

Un peu plus tard, en deux publications successives (1896 et 1898) *Eshner*, de Philadelphie, rapporte deux autres cas d'adipose douloureuse. Un de ces cas lui avait été communiqué par le professeur Dercum.

Dans le cas personnel d'Eshner, la malade était une femme de 48 ans chez laquelle l'affection avait débuté, vers l'âge de 35 ans, peu après un grave traumatisme (chute d'une certaine hauteur) sur lequel insiste l'auteur. Cette malade fut soumise, sans résultat d'ailleurs, à la médication thyroïdienne. Vers la fin de sa vie, elle présenta du délire de la persécution et d'autres troubles mentaux qui nécessitèrent son internement dans un asile d'aliénées.

(1) EWALD. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, juin 1895.

Le cas qui fut communiqué par Dercum à Eshner concerne une femme de 31 ans. Comme chez la malade précédente, le début de l'affection semble remonter à un traumatisme ; après une chute de voiture, en effet, la malade se trouva dans l'impossibilité absolue de remuer ses jambes et ressentit de violentes douleurs à la région sacro-lombaire. Six semaines environ, après l'accident, sept ou huit petites tuméfactions apparaissaient sur l'avant-bras gauche. De la dimension d'une noix, elles étaient produites par une accumulation de graisse molle et étaient le siège de vives douleurs qu'exagérait la pression. Des tumeurs identiques se formèrent sur la région sacro-lombaire et toutes augmentèrent progressivement de volume.

En 1898, *Ch. Féré*, médecin de Bicêtre, rapporte deux cas d'adipose douloureuse observés chez des femmes.

Il insiste surtout sur l'élément douleur et, selon lui, cette affection rappelle, « à la diffusion près, ce qu'on décrit depuis William Wood, sous les noms de tubercule sous-cutané douloureux, de tumeur irritable, de ganglion nerveux, de fibrome sous-cutané douloureux, de névromatie douloureuse. »

Il rapproche encore la maladie de Dercum de l'algie diffuse particulièrement fréquente au membre supérieur et dans laquelle la douleur s'étend au domaine de plusieurs nerfs sans points particulièrement sensibles à la pression. « Ces algies diffuses sont fréquentes dans l'hystérie, la neurasthénie, l'hypocondrie, la mélancolie ; elles ont leur origine dans le cerveau. Ce sont des psychalgies. »

Dans un article du *Medical News*, en 1898, *Spiller* (1) publie trois autres cas d'adipose douloureuse. De ces trois cas, deux ont été observés par le professeur Dercum, le troisième par le Dr Mills. Tous trois sont relatifs à des femmes.

L'auteur se contente de rapporter les trois observations sans commentaire. L'une des malades, celle du Dr Mills, retira un grand bénéfice du traitement thyroïdien.

En 1899, *Hale-White* (2), médecin à Guy's-Hospital, relate une observation d'adipose douloureuse observée par lui chez une femme entachée de syphilis héréditaire. Il fait un court résumé de la question, mais sans donnée nouvelle.

Au mois d'août 1900, in *The Journal of nervous and mental disease*, *Dercum* rapporte l'autopsie de la malade qu'il avait présentée, en 1888, à la Société de Neurologie américaine, réunie à Washington. Cette femme a succombé à une myocardite et pesait à sa mort 300 livres anglaises (environ 135 kilogs).

A la suite d'examens histologiques très détaillés, qui lui révélèrent des lésions intéressantes de la glande thyroïde, *Dercum* conclut en admettant une relation entre l'adipose douloureuse et les troubles sécrétoires de cette glande.

Une des meilleures études est certainement celle de *Giudiceandrea* parue dans la *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, luglio 1900.

Après un court historique, l'auteur publie longue-

(1) SPILLER. — *Medical News*, février 1898.

(2) HALE-WHITE. — *British Medical Journal*, 2 décembre 1899.

ment une observation personnelle concernant une femme, chez laquelle les premiers symptômes de la maladie se seraient manifestés à la suite d'une chute grave.

Puis, il essaie d'esquisser une pathogénie de l'affection. Il s'agit, pour lui, d'un trouble trophique ; on doit ranger cette maladie dans le groupe des trophonévroses.

Il termine son article en établissant la symptomatologie de l'adipose douloureuse qu'il divise en forme nodulaire, la plus fréquente, forme diffuse et forme mixte.

Suivent en quelques lignes, la marche, le diagnostic et le traitement.

La seule étude française sur cette question, que nous ayons trouvée est de date récente. Dans la *Revue Neurologique de Paris*, 30 avril 1901, MM. Ch. Achard et Ch. Laubry, rapportent l'observation d'une femme de 79 ans, soignée à l'hôpital Tenon, pour adipose douloureuse. Comme chez les malades d'Eshner, un traumatisme violent a précédé l'apparition des premiers symptômes.

CHAPITRE II

Description de la maladie

L'adipose douloureuse se développe de préférence chez la *femme* et évolue généralement *de trente à cinquante ans*.

On a cité, il est vrai, deux cas où cette affection s'est rencontrée chez des hommes (cas d'Ewald et le nôtre), mais cette exception n'infirmes en rien la règle générale, pas plus, d'ailleurs, que les deux ou trois malades chez lesquels les premiers symptômes se sont manifestés avant trente ans.

1. — MODE DE DÉBUT

Le début en est généralement lent et insidieux.

Chez une femme, jusque-là bien portante et vaquant aisément à ses occupations, de légères *douleurs* se font sentir en un point quelconque du corps.

Ces symptômes douloureux du début sont très variables comme caractère et comme intensité.

Le plus souvent, c'est une sensation de cuisson plus ou moins pénible, gênante surtout par sa continuité. D'autres fois, ce sont des démangeaisons qui énervent le malade, ou de véritables élancements douloureux courant le long des membres.

Chez Ellen W..., dont Henry (1) rapporte l'histoire, le premier symptôme fut une sensation constante de froid au niveau des genoux, bientôt suivie de douleurs sourdes dans les parties atteintes.

A l'une des malades de William Spiller (2), il semblait que des vers rampaient sous la peau ou qu'un bandage très serré comprimait le membre atteint, dans toute son étendue.

Quels que soient les caractères de ces douleurs du début, il est rare qu'elles soient très intenses ; presque toujours elles restent compatibles avec la vie active du malade qui peut encore vaquer à ses occupations.

Généralement aussi, à cette époque, elles sont intermittentes, laissent le malade tranquille pendant plusieurs heures, quelquefois même durant plusieurs jours et ne présentent pas de paroxysmes bien nets.

Mais, comme nous le verrons dans la suite, ces douleurs changent bientôt de caractère, augmentent d'intensité et s'accompagnent de phénomènes curieux, *loco dolenti*.

Si fugaces, si légères que soient ces douleurs, elles n'en attirent pas moins l'attention du patient

(1) HENRY. — *The Journal of nervous and mental disease*, mars 1891.

(2) W. SPILLER. — *Medical News*, février 1898.

qui cherche aussitôt à se rendre compte de leur origine et explore les régions qui en sont le siège.

Tout-à-fait au début, il ne trouve qu'une *rougeur* légère, si bien qu'il se demande si c'est là la cause de ses souffrances ou si ce n'est pas plutôt le résultat des démangeaisons et du grattage.

D'autres fois, la palpation lui révèlent l'existence d'une *tuméfaction* à peine appréciable au doigt, donnant la sensation d'un œdème dur, le plus souvent cantonné à une très petite étendue. Il est rare, en effet, que, à cette période, la tuméfaction dépasse le volume d'une noisette. Il en existe souvent plusieurs généralement localisées sur un même membre ou sur deux membres symétriques.

L'affection est, dès lors, constituée et va *évoluer lentement* ; les douleurs deviendront plus intenses et plus fréquentes, les tuméfactions changeront de caractère, se transformeront en véritables tumeurs et se localiseront de façons fort variables. Des symptômes nouveaux vont apparaître et donner à la maladie un cachet caractéristique.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT

On peut alors diviser les symptômes de la maladie en deux groupes : symptômes cardinaux et symptômes secondaires. Nous allons les passer successivement en revue.

1^o SMPTOMES CARDINAUX. — Au nombre de quatre : les tumeurs, les douleurs, l'asthénie et les troubles psychiques.

A. — *Les tumeurs.* — Les tumeurs peuvent se présenter sous trois aspects différents : tantôt elles sont réduites à l'état de noyaux de volume variable, séparés les uns des autres, nettement isolables ; il s'agit alors de la *forme nodulaire* ; tantôt, elles forment des masses étendues, envahissant tout un membre ou tout un segment de membre, c'est la *forme diffuse localisée* ; tantôt, enfin, on ne trouve plus de tumeur proprement dite, mais le corps tout entier est augmenté de volume dans des proportions parfois considérables, par suite de l'hyperplasie graisseuse du tissu conjonctif sous-cutané : c'est la *forme diffuse généralisée*.

Etudions chacune d'elles en détail.

a). — *Forme nodulaire.* — Nous connaissons déjà son mode de début. Nous savons qu'elle se manifeste d'abord par des douleurs de caractère variable (cuisson, démangeaison, élancements) bientôt suivies d'une légère rougeur de la peau et d'un petit empâtement à peine appréciable au doigt.

Sil'on explore, au début, la région douloureuse, on sent une tuméfaction d'ordinaire peu étendue, molasse, qui bientôt se durcit et donne alors la sensation d'un œdème dur dont les limites, peu nettes, se confondent avec les tissus avoisinants.

Cette tuméfaction se développe lentement et *par poussées successives* ; ses contours deviennent mieux tranchés, son volume s'accroît, sa consistance se modifie ; bientôt on n'a plus affaire à une simple tuméfaction, mais à une véritable tumeur.

Sous quelles influences cette évolution s'accom-

plit-elle? Il est difficile de le dire. Tout ce que nous savons, c'est que chaque poussée s'accompagne de phénomènes douloureux caractéristiques : les douleurs revêtent soudain une acuité extrême, arrachant parfois des cris au malade et, en même temps, on constate que des changements importants se produisent au niveau des parties tuméfiées.

Leur volume s'accroît, la peau qui les recouvre devient plus rouge et, une fois la crise douloureuse passée, elles conservent des dimensions plus grandes que celles qu'elles avaient auparavant, en même temps que leur consistance a changé. Après des paroxysmes plus ou moins répétés, les tuméfactions ne donnent plus la sensation d'œdème dur dont nous avons parlé plus haut. On n'a plus à faire à un empâtement sans contour bien net, mais à une tumeur qui, au bout d'un certain temps, paraît encapsulée. Elle est alors élastique, rénitente, ne garde pas l'empreinte du doigt qui la déprime. En certains points, elle paraît finement lobulée, en d'autres, on croirait palper des paquets de vers inclus dans les téguments, suivant l'expression de Dercum.

En somme, chaque crise douloureuse laisse après elle des modifications très appréciables : là où il n'existait rien auparavant, on trouve, après la crise, une tuméfaction vague, œdémateuse ; si la tuméfaction existait déjà, on la trouve transformée en une tumeur lobulée, plus ou moins bien encapsulée ; dans la suite, elle augmente de volume et prend une consistance plus dure. Quelquefois, chose curieuse, après un de ces paroxysmes, on découvre autour

d'une tumeur nettement formée une zone œdémateuse qui, là fois suivante, subira la transformation qu'a subie la néoplasie qu'elle environne.

Chez notre malade, on pouvait aisément, par le palper, suivre les divers stades de cette curieuse évolution, et l'on trouvait en même temps, en des points variables, des tumeurs à des degrés différents de développement:

Les crises douloureuses surviennent souvent sans cause appréciable; mais, souvent aussi, elles sont provoquées par un traumatisme ou par un effort. Notre malade est très affirmatif sur ce point; les dernières fois qu'il a travaillé à la mine, il a constaté lui-même que les douleurs étaient plus violentes et que les tumeurs devenaient très nettement plus grosses pendant l'effort. C'est d'ailleurs pour ce motif qu'il a cessé son travail.

De volume très variable, ces tumeurs nodulaires varient de la dimension d'une noisette à celle d'une noix et même d'une mandarine. Mais elles n'atteignent cette grosseur que progressivement, par poussées successives. Les plus volumineuses sont apparentes à la vue, les plus petites demandent à être recherchées par la palpation.

Cependant, si on examine attentivement le malade, en le plaçant en plein jour, sous un bon éclairage, on est frappé des *modifications de la peau* en certains points. Par endroit, en effet, elle présente une teinte bleuâtre due à un léger *réseau veineux superficiel*. Si on palpe, à cet endroit, on y découvre toujours une petite tumeur sous-jacente; de sorte que chacune

d'elles, si petite qu'elle soit, trahit toujours sa présence par cette teinte bleuâtre, caractéristique, de la peau qui la recouvre.

Il arrive, parfois, que plusieurs de ces nodules confluent les uns vers les autres et finalement se fondent en une seule masse. C'est alors, surtout, qu'ils donnent la sensation d'un varicocèle à enveloppes résistantes, d'un paquet de vers, ou de sangsues, d'un peloton de ficelle mouillée.

C'est alors aussi, qu'on peut aisément les confondre, comme nous le verrons, au diagnostic, avec le névrome flexiforme et la neuro-fibromatose.

Peut-on dire que ces tumeurs aient une localisation spéciale? Quelquefois symétriques au début, elles finissent toujours par se grouper sans aucun ordre apparent; et il faut de la bonne volonté pour les voir se cantonner le long des troncs nerveux.

Elles se développent de préférence sur les membres; aussi pourrait-on les qualifier de *segmentaires*. Chez certaines malades, elles étaient limitées aux bras et aux cuisses, chez d'autres aux avant-bras et aux jambes. Souvent, on en a trouvé sur le thorax, l'abdomen et à la région lombo-sacrée.

Les pieds, les mains et la face sont toujours respectés.

Les rapports de ces néoplasies avec les tissus avoisinants varient suivant leur degré de développement : à l'état de gonflement œdémateux, elles se confondent sans limites précises avec les parties environnantes, la peau est peu mobile à leur niveau; plus tard, lorsqu'elles forment des tumeurs dis-

tinctes plus ou moins bien encapsulées, elles sont mobiles en tous sens sur les plans sous-jacents, et la peau qui les recouvre peut être plissée au-dessus d'elles; toutefois elles lui adhèrent lâchement, car si on déplace la peau en masse les mouvements sont transmis à la tumeur.

Douloureuses au moment des paroxysmes, ces néoformations sont très sensibles à la pression.

b). *Forme diffuse localisée*. Cette forme peut être secondaire ou primitive.

Secondaire, c'est-à-dire succéder à la forme nodulaire. Il arrive quelquefois, en effet, que les nodules se multiplient rapidement, se réunissent et, par leur confluence, forment des masses plus ou moins volumineuses qui, à un moment donné, englobent tout un membre ou tout un segment de membre.

Toutefois, ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Dans la forme nodulaire, les noyaux, sont, en général, si petits, leur évolution si lente, que la malade est ordinairement emportée par quelque complication ou quelque maladie intercurrente avant que la réunion en masse des noyaux se soit effectuée.

Primitive, c'est-à-dire diffuse localisée d'emblée.

Dans ce cas, des douleurs se font sentir dans toute l'étendue d'un membre; et bientôt ce membre tout entier présente un gonflement œdémateux aisément appréciable à la vue.

L'évolution de la maladie est absolument la même que dans la forme nodulaire; même marche par poussées successives s'accompagnant de douleurs généralement très vives.

Le gonflement œdémateux, après plusieurs crises, se transforme en une masse lipomateuse, finement lobulée, rénitente, élastique, douloureuse à la pression, ne conservant pas l'empreinte du doigt. Puis, nouvelles poussées œdémateuses, dont chacune laisse après elle une masse lipomateuse plus considérable.

Peu à peu, ces masses deviennent plus dures, moins élastiques; elles ont évolué vers la sclérose.

Leurs rapports avec les tissus voisins sont les mêmes que dans la forme nodulaire; mais, de par leur volume, il est plus difficile de s'en rendre compte.

Elles se cantonnent de préférence sur les membres, respectant toujours les mains, les pieds et la face.

Il n'est pas rare non plus d'en trouver sur les fesses et sur le dos : Chez la malade de Dercum (Obs. I) « une tuméfaction épaisse, excessivement douloureuse, s'étendait comme un bourrelet, depuis l'angle supéro-interne de l'omoplate jusqu'au dos, gagnant même la région lombaire et donnait, suivant l'expression de l'interne, la sensation du lait caillé ».

c). *Forme diffuse généralisée.* — Cette forme est beaucoup moins caractéristique que les deux précédentes. Par plus d'un point, elle se rapproche de certains cas d'obésité myxoédémateuse.

La marche de la maladie ne varie pas : l'œdème peut se produire très rapidement, pour ainsi dire d'emblée, sur toute la surface du corps, augmenter progressivement et évoluer vers la lipomatose; ou

bien, débiter sur une partie quelconque (abdomen, fesses) avec une asymétrie évidente, pour se généraliser ensuite. Les régions affectées les premières sont ordinairement les bras, les seins, l'abdomen, les flancs, les fesses.

Contrairement à ce que nous avons vu pour les deux premières formes, les pieds et les mains ne sont pas toujours absolument indemnes. A un certain degré de développement, il n'est pas rare de voir des masses adipeuses au niveau des éminences thénar et hypothénar et sur la plante des pieds. Seule, la face dorsale des mains et des pieds échappe à l'envahissement lipomateux. La consistance des parties tuméfiées est rénitente, mais beaucoup moins dure que dans la forme nodulaire.

Elles sont douloureuses spontanément et à la pression. Souvent, leur développement est tel, qu'elles apportent un obstacle absolu aux mouvements, immobilisant les malades dans leur lit.

De ces trois formes, la plus commune et, en même temps, la plus caractéristique, est certainement la forme nodulaire. Elle présente une physionomie bien particulière qui impose le diagnostic. La forme diffuse localisée se rapproche de certains cas de lipomatose symptomatique, mais s'en différencie néanmoins par des caractères assez nets comme nous le verrons au chapitre du diagnostic. Quant à la forme diffuse généralisée, elle ressemble beaucoup au myxœdème, sans en avoir, cependant, les symptômes caractéristiques.

B. *Les douleurs* ne font jamais défaut. Elles sont *spontanées et provoquées*.

Le plus souvent, elles précèdent l'apparition du gonflement œdémateux ; quelquefois elles surviennent en même temps que lui ; plus rarement, elles n'apparaissent qu'après.

Peu vives et intermittentes au début, elles deviennent très violentes et presque continues, lorsque la maladie est constituée.

Ces douleurs revêtent les caractères les plus variés : sensation de cuisson, de démangeaison, de froid, d'étranglement des tissus. La plupart du temps, elles sont lancinantes avec irradiations tout le long du membre atteint. Certaines malades croient sentir de l'eau bouillante ruisseler le long des parties tuméfiées, d'autres éprouvent des tiraillements douloureux et incessants.

Ces douleurs ne suivent pas spécialement le trajet des gros troncs nerveux ; les malades les localisent dans l'épaisseur des tissus ; les os et les articulations sont indolores.

Spontanées, ces douleurs sont exagérées par la pression des masses adipeuses, et d'autant plus que l'accumulation de graisse est plus considérable. Les mouvements, les efforts leur donnent une acuité toute particulière, si bien que, de ce chef, certains malades sont condamnés à un repos absolu.

Il est un caractère bien spécial et qu'on retrouve dans tous les cas : à intervalles variables, souvent très rapprochés, il se produit des *exacerbations paroxystiques*, s'accompagnant de phénomènes cu-

rieux au niveau des parties atteintes. Brusquement, ou à la suite d'un effort, d'un traumatisme, le malade sent les douleurs devenir plus vives. En même temps que s'exagère la souffrance, on voit les néoformations augmenter de volume. S'il s'agit d'un noyau, il s'entoure d'une zone œdémateuse plus ou moins étendue ; s'il s'agit d'un gonflement diffus englobant tout un segment de membre, la peau à son niveau se tend davantage, sa circonférence s'accroît. A mesure que s'atténuent les douleurs, la fluxion au niveau des régions tuméfiées régresse, sans jamais disparaître complètement, de sorte qu'après chaque crise le volume des néoproductions se trouve toujours augmenté.

C. *L'asthénie* est un symptôme à peu près constant. Il existe à des degrés divers, mais manque rarement.

Le mineur dont nous publions l'observation est un sujet bien musclé ; de taille un peu au-dessous de la moyenne, les épaules larges, il donne l'impression d'un homme trapu. Il nous raconte lui-même qu'autrefois il soulevait sans peine des fardeaux de 200 kilos. Sa force musculaire éprouvée au dynamomètre est à peu près conservée. Et pourtant il déclare qu'il est incapable du moindre effort. Dès qu'il essaie de travailler, ses forces le trahissent et une transpiration abondante se produit.

Dans la plupart des observations que nous rapportons, ce symptôme a été noté. Certaines malades en sont arrivées à un degré d'asthénie tel qu'elles ne peuvent quitter leur lit. Elles restent là, étendues,

incapables même de changer leurs jambes de place. Le moindre effort leur semble interdit.

D. *Troubles psychiques.* — Ces accidents ne sont pas constants, et peut-être nous reprochera-t-on de les avoir classés parmi les symptômes cardinaux. Disons tout de suite qu'ils ne sont pas toujours très accusés, et que si peu de malades ont eu des troubles mentaux véritables, beaucoup ont présenté des modifications du caractère, une instabilité mentale qui peut justifier notre classification.

Notre malade, par exemple, n'a jamais été atteint d'aliénation mentale. Il n'en est pas moins vrai qu'il avait un caractère des plus bizarres : toujours inquiet, il ne savait prendre une détermination ferme ; à la moindre contrariété il se mettait en colère et durant son séjour dans le service de notre maître, M. le docteur Roux, il eut maintes fois de violentes discussions avec le personnel hospitalier qu'il croyait animé de mauvais sentiments envers lui. Cependant pas d'idée de persécution vraie, pas d'idée de culpabilité. Son sommeil était souvent interrompu par d'affreux cauchemars ou des rêves professionnels.

Une des malades d'Eshner (1) Obs. VII) a eu, vers la fin de sa vie, des hallucinations assez caractérisées pour nécessiter son internement dans un asile d'aliénées.

Celle de Hale-White (2) a eu « par deux fois des troubles de la mentalité » (Obs. IX).

(1) ESHNER. — *Loco citato*.

(2) HALE-WHITE. — *Loco citato*.

Dans son étude sur la question, Giudiceandrea (1) reconnaît que les troubles psychiques ne sont pas très rares; on a trouvé parfois, dit-il, du délire de la persécution et de véritables formes de démence.

2^o SYMPTOMES SECONDAIRES. — Bien qu'inconstants pour la plupart, ils n'en sont pas moins intéressants à signaler, car plusieurs d'entre eux éclairent la pathogénie de l'adipose douloureuse. Nous passerons en revue les troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, sécrétoires et vaso-moteurs.

a). *Troubles moteurs.* — Ils ne sont pas très fréquents. Si l'asthénie se rencontre chez tous les malades, la diminution de la force musculaire est rare.

Notre mineur était incapable du moindre effort et cependant le dynamomètre donnait 52 à droite et 40 à gauche.

Dans certains cas, il semble qu'on ait trouvé des troubles de la contractilité musculaire; mais ces résultats ne sont pas très probants, car comme les auteurs le font eux-mêmes remarquer, la résistance au passage du courant était augmentée par la présence des masses adipeuses.

Plusieurs des malades, il est vrai, ne pouvaient remuer dans leur lit, mais l'asthénie et les douleurs suffisaient à expliquer leur apathie.

La marche est quelquefois gênée : la malade de Giudiceandrea avait l'allure dandinante des ostéomalaciques. Ce trouble était dû à la gêne occa-

(1) GIUDICEANDREA. — *Loco citato.*

sionnée par les néoformations adipeuses; car, sous l'influence du traitement, à mesure que ces masses diminuaient de volume, la marche devenait plus facile.

Les *réflexes* tendineux et musculaires sont quelquefois modifiés; tantôt exagérés, tantôt diminués. Le plus souvent, ils sont normaux.

L'*épilepsie* a été rencontrée chez plusieurs malades: Ellen W..., dont Henry rapporte l'histoire (Obs. II, « prenait dès son enfance des crises accompagnées de perte de connaissance et suivies de violents maux de tête »).

b). *Troubles sensitifs*. — Nous avons suffisamment insisté sur les *douleurs* pour n'avoir pas à y revenir ici.

Dans plusieurs observations, on a signalé des modifications de la sensibilité au toucher, à la douleur et à la température.

Chez sa première malade Dercum a trouvé des zones d'*anesthésie* où les pointes de l'æsthésiomètre n'étaient pas senties; en d'autres points, la sensibilité était seulement un peu émoussée, avec du retard dans la perception. A un moment donné, la même malade avait au bout des doigts une sensation pelucheuse et il lui semblait qu'elle marchait sur du velours.

C'est surtout dans l'observation d'Ellen W..., rapportée par Henry, qu'on trouve de grandes perturbations du côté de la sensibilité: tact, douleur, température tantôt ne sont pas perçus, tantôt sont confondus. Malheureusement cette malade était une

alcoolique avérée, de sorte qu'on se demande si l'on ne doit pas faire une grande part à l'éthylisme dans la genèse de ces troubles.

Chez la malade de Giudiceandrea, la sensibilité à la douleur est notablement augmentée, surtout dans les zones correspondant aux masses adipeuses. Inversement, la sensibilité thermique est particulièrement exquise dans les régions où l'on ne trouve pas trace de néoformation lipomateuse.

MM. Achard et Laubry, signalent aussi de l'*hyperalgésie* au niveau des masses adipeuses.

Plusieurs malades ont accusé des sensations subites de froid ou de chaud, des fourmillements, des crampes en divers points du corps.

La *céphalée* n'est pas rare.

c). *Troubles sensoriels*. Ils sont assez fréquents.

Vue. — Dans quelques observations, on a noté du rétrécissement du champ visuel, dans d'autres des sensations subjectives diverses (phosphènes, mouches volantes), dans un cas, l'amaurose a été complète pendant un certain temps et semble avoir commencé à s'atténuer le jour où fut institué le traitement thyroïdien (1).

Ouïe. — On a trouvé plusieurs fois une diminution de l'acuité auditive ; une des malades de Dercum ne percevait plus le tic-tac d'une montre au-delà d'un pouce et demi ; celles de Giudiceandrea et de MM. Achard et Laubry étaient un peu sourdes, d'autres

(1), HALE WITE. — *British Medical Journal*, décembre 1889.

avaient des bourdonnements d'oreille fréquents et fort désagréables.

Odorat et goût. — Dans la première observation de Dercum, ces deux sens étaient assez troublés : la narine droite préalablement tamponnée, la malade ne pouvait distinguer l'assa-fœtida de l'eau de Cologne. Si l'on plaçait sur la langue de petits fragments de sel et de sucre elle accusait un goût amer pour l'un et l'autre et n'arrivait que difficilement à les distinguer.

d). *Troubles vaso-moteurs.* Il suffit de se reporter aux observations pour voir qu'ils sont constants.

C'est par un trouble vaso-moteur que débute l'affection. Au niveau des régions douloureuses, en effet, on voit apparaître une rougeur peu intense, localisée et bientôt après survient le gonflement œdémateux.

La malade d'Henry avait, par moment le faciès très coloré ; celle de Villiam Spiller présentait souvent une rougeur anormale du front ; une autre a eu, en plusieurs points du corps, des taches purpuriques. Chez le mineur dont nous publions l'observation, on voyait, au niveau de chaque tumeur, un petit réseau veineux superficiel, très fin qui, à un éclairage favorable, se présentait avec une teinte bleuâtre légèrement violacée. Le cas le plus intéressant, à ce point de vue, est certainement celui de Dercum (Obs. I). A chaque crise douloureuse, sa malade présentait des troubles vaso-moteurs très accusés qui n'intéressaient pas seulement la peau et les néoplasies, mais encore les organes splanchniques (poumons, pharynx).

e). *Troubles sécrétoires*.—Dans la majorité des cas, on a noté une diminution notable de la sécrétion sudorale. Ellen W... (Obs. II), ne pouvait transpirer qu'aux « bains turcs » et, chez la plupart des malades, la peau était d'une sécheresse remarquable.

Cependant, la malade de Hale-White (Obs. IX) se plaignait de transpirations abondantes et accusait une soif vive. Il en était de même dans le cas que nous rapportons.

f). *Troubles trophiques*. — Modifications de la peau, quelquefois lisse, blanche, ou, au contraire, anormalement pigmentée par places, desquamation partielle, xérodermie sur le dos des mains (Giudiceandrea).

Le système pileaire semble avoir été touché plusieurs fois ; dans quelques cas il était très peu développé, dans d'autres les cheveux sont tombés pour ne repousser que lentement.

L'adipose douloureuse évolue lentement, par poussées successives et, dans la majorité des cas, sa *marche* est fatalement progressive. Souvent le malade est enlevé par une affection intercurrente.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

DERCUM. — *University Medical Magazine* (Décembre 1888).

M. G..., âgée de 51 ans, domestique, native d'Irlande.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à 45 ans, d'un érysipèle. Sa mère eut dix-huit enfants; elle mourut à 40 ans, de quelque accident de la ménopause.

De ses frères ou sœurs sept moururent très jeunes, l'un à l'âge adulte d'une pleurésie, une sœur, en venant au monde, un frère et deux sœurs de tuberculose. Les cinq survivants ont toutes les apparences d'une bonne santé.

Autant que la malade se le rappelle, jamais aucun des siens n'a présenté de symptômes analogues à ceux qu'elle offre aujourd'hui. Dans ses antécédents familiaux, on ne trouve aucun stigmate de folie, d'épilepsie, ou d'autre trouble nerveux.

Antécédents personnels. — Enfant, elle eut la rougeole, la coqueluche et la fièvre scarlatine. Réglée à 15 ans. Mariée à 18 ans. Quelques années après, elle eut une pneumonie qui guérit sans laisser de trace.

Elle eut sept enfants et une fausse couche. Cinq de ses enfants moururent en bas âge, l'un du choléra infantile, deux

de la rougeole, un autre de méningite et le cinquième de convulsions.

La ménopause survient brusquement à 35 ans. Depuis cette époque, jusqu'à il y a deux ou trois ans, sa santé s'est maintenue bonne et, à part une augmentation de poids, la malade ne se rappelle rien qui vaille la peine d'être signalé.

Pas de syphilis ; pas d'alcoolisme.

Vers 48 ou 49 ans, la malade s'aperçut que ses bras devenaient très gros. La partie supérieure des bras et les épaules semblaient enflés. *Le gonflement variait d'un jour à l'autre* et se continua régulièrement pendant un an environ sans s'accompagner d'aucun autre symptôme.

En novembre 1886, elle fut admise dans un service de chirurgie de l'hôpital de Philadelphie, pour rupture d'une veine variqueuse de la jambe. En février suivant, elle fut transférée dans une salle de médecine pour une forte bronchite.

Plus tard, elle ressentit de violentes douleurs dans le genou droit qui était tuméfié, douleurs accompagnées de frissons et de fièvre. Elle fut traitée pour rhumatisme et promptement soulagée.

Deux semaines après, elle accusait des élancements douloureux le long du bras droit. Partis de la face externe du bras un peu au-dessus du coude, ces élancements gagnaient en haut les épaules et le cou, en bas l'avant-bras et la main. Ces douleurs, et c'est la malade elle-même, qui attire l'attention sur ce point, n'ont pas les caractères de celles ressenties au niveau du genou frappé d'arthrite rhumatismale. Elles sont brûlantes et lancinantes, donnant la sensation d'eau chaude coulant le long du bras et de tiraillements pratiqués sur la main et sur les doigts.

Pas d'élévation de la température.

La douleur présentait parfois de violents paroxysmes, durant des heures, quelquefois même des jours, sans jamais disparaître complètement dans l'intervalle de ces accès.

Le 4 juin 1887, on la fit transporter dans la salle des nerveux, service du Dr Dercum.

Son aspect, à ce moment, était frappant : elle donnait l'impression d'une grande et forte femme douée d'un beau développement physique. Cependant le volume du dos et des

épaules ne semblait pas normal. En effet, en dépouillant la malade de ses vêtements on découvrit un accroissement notable dans le développement de ces parties. Cet accroissement affectait les épaules, les bras, le dos et les côtés de la poitrine. Il était plus marqué sur les épaules et sur le dos formant là d'énormes masses pendantes. Ces tissus étaient élastiques, mais pourtant assez fermes au toucher, ne conservant nullement l'empreinte des doigts. En certains points, on avait la sensation de quelque chose de finement lobulé; en d'autres, spécialement à la face interne des bras, on aurait cru palper des paquets de vers inclus dans les téguments; on avait, en somme, au palper, la sensation que donne le varicocèle, avec cette différence, pourtant, que les enveloppes semblaient plus résistantes.

La peau n'était pas épaissie, ne participait en rien à l'augmentation de volume des parties atteintes et était libre de toute adhérence avec les tissus sous-jacents. Un peu d'induration des téguments sur les avant-bras, moins marquée sur les bras, les épaules et les mains, tandis que les doigts étaient tout-à-fait souples. A la face postérieure des avant-bras et des mains, on voyait par endroits une pigmentation brunâtre accompagnée d'une légère desquamation. Cette région était tout-à-fait sèche, la transpiration étant ou absente ou diminuée.

Les mouvements du bras droit étaient excessivement douloureux. La pression à son niveau était très sensible. La tête était immobilisée dans une position fixe, car le moindre mouvement du cou réveillait de vives douleurs dans les épaules, Douleurs le long des troncs nerveux, se poursuivant jusque dans les tissus malades. Contrairement au bras droit, le bras gauche pouvait être palpé impunément; à un moment donné, pourtant, une douleur passagère se fit sentir dans le poignet gauche (fin mai, 1887).

Les muscles n'étaient pas englobés dans les tissus hyperplasiés. Si, saisissant la masse adipeuse située au-dessus du biceps gauche, on faisait alternativement fléchir et étendre le bras de la malade, on sentait que la masse n'était pas affectée par les mouvements du muscle situé au-dessous. Cependant les parties affectées étaient affaiblies. La force musculaire de

la main droite était à peu près nulle et celle de la main gauche était très diminuée. Les mouvements étaient aussi ralentis, bien que, dans le bras droit, ceci pouvait s'expliquer facilement par la douleur; pour le bras gauche, il est possible que les masses graisseuses aient offert un obstacle mécanique.

Examinés à l'électricité, les deux deltoïdes répondaient normalement aux courants; aucune modification, ni qualitative, ni quantitative. Les muscles des bras ne donnèrent aucun résultat satisfaisant à cause de la grande résistance causée par la néo-production. Les muscles des avant-bras et, en particulier, de l'avant bras-droit, réagissaient moins bien aux courants faradiques, tandis que le AnC1C paraissait égal au CaC1C. Dans les mains, les groupes thénar et hypothénar accusaient une diminution marquée dans la contraction faradique, tandis que le AnC1C paraissait plus tôt et était plus énergique que le CaC1C. Cette réaction, bien que très distincte des deux côtés, était plus nette à droite qu'à gauche. A l'exploration de la sensibilité cutanée, on découvrit, dans le bras droit, des zones où l'æsthésiomètre n'était pas senti. Ces zones étaient grandes, de formes irrégulières et très nettement limitées. Il en existait sur les deux faces interne et externe. Au bout des doigts de la même main, la malade ne pouvait dissocier les deux pointes de l'æsthésiomètre et il y avait du retard de la perception. Au contraire, sensibilité rapide et exquise au niveau du bras et de la main gauches, sauf, pourtant, sur le bord externe de l'avant-bras où l'on trouvait un peu de retard et d'incertitude dans la perception. Au bout des doigts également, sensibilité obtuse, la malade ne pouvant dissocier les deux pointes à 1/2, à 3/4 de pouce l'une de l'autre. La sensibilité à la chaleur et au froid était aussi diminuée.

Différence semblable entre les deux jambes : tandis que la jambe droite était hypoesthésiée, la gauche était à peu près normale. Cette découverte nous fit supposer que nous avions affaire à une affection générale et non purement locale et nous cherchâmes des symptômes révélateurs d'une affection générale.

L'examen somatique ne révéla que les néoformations situées sur les épaules et sur les bras. Pas de faiblesse bien marquée des membres inférieurs, seulement un peu d'hypoesthésie comme nous l'avons indiqué plus haut.

Sur la face on ne découvrit ni gonflement, ni trouble de la sensibilité. Le faciès était pâle, les muqueuses décolorées. Cependant, par instants, les pommettes étaient un peu colorées. Les traits étaient bien formés, intelligents, bien que l'expression habituelle du visage exprimât la souffrance. Les cheveux, d'un beau noir et fins, étaient un peu clairsemés sur le sommet de la tête. A part quelques distractions, on ne trouvait rien qui indiquât un affaiblissement de l'intelligence. Il arrivait souvent à la malade de répondre à côté de la question, surtout lorsque sa mémoire était en jeu. Sa parole n'était ni lente ni altérée. De temps à autre, elle se montrait irritable et querelleuse, donnant beaucoup de soucis à ses gardes.

Quelques jours après son admission dans la salle des nerveux, le 13 juin 1887, elle fut prise de frissons suivis de fièvre et d'une pénible éruption d'herpès sur la partie supérieure du bras gauche et sur la portion antéro-supérieure de la cage thoracique. Le 19 juin, d'autres vésicules apparurent sur le dos et le devant de la poitrine.

Entre parenthèses, nous pouvons indiquer la médication employée pendant qu'elle était dans les salles de médecine : application de vésicatoires aux bras, sans bénéfice appréciable pour la malade. Finalement on avait employé le salicylate de soude (20 grains (1) toutes les trois heures). Deux jours après douleur manifestement moindre, sauf dans les mouvements. Cette amélioration dura deux jours, alors on remplaça le salicylate par l'antifébrine ; les douleurs devinrent presque aussitôt pires et le 4 juin, jour où elle fut admise dans les salles des nerveuses, elles étaient d'une violence inouïe. On lui administra à nouveau du salicylate et de l'huile de gaultheria à haute dose. Le caractère de la douleur, aussi bien que son intensité parurent changés : au lieu d'être vive et lancinante, la douleur devint sourde, rongeante et beaucoup moins violente. C'était bien vraiment l'huile de gaultheria qui avait cette heureuse influence, car si des nausées et des vomissements en interdisaient l'usage, aussitôt les douleurs devenaient plus vives pour diminuer dès que l'huile avait été absorbée. Parfois on lui substituait du salol, mais ce médicament se montrait beaucoup moins efficace.

(1) 24 grains font 1 gr. 55.

Durant plus de trois mois, on prit régulièrement la température axillaire; elle fut normale avec 99° 8, comme maximum, et 97°, comme minimum. Il faut ajouter que cette dernière température ne fut trouvée qu'une fois. La température au niveau des néoformations était, en moyenne de 96°, tandis que sur le mollet elle était de 94°. La malade se plaignait de fréquentes sensations de froid.

Dans la suite, alternative de calme et de paroxysmes douloureux. Rien à signaler jusqu'au 13 octobre, époque à laquelle la malade eut une bronchite intense s'accompagnant de violente dyspnée.

Un fait curieux fut observé vers la fin de décembre: pendant une des crises, on constata que la néoproduction du bras droit devenait plus nettement lobulée. Le bras était plus sensible et donnait au palper la sensation de masses dures semblables à des gâteaux, ressemblant suivant l'expression de l'interne, au caillage du lait dans les mamelles. Ce caillage ou cette lobulation plus nette fut observé dans des crises ultérieures. Les crises, il ne faut pas l'oublier, duraient plusieurs heures, quelquefois même plusieurs jours.

En décembre, aussi, la malade éprouva des douleurs dans le genou droit et dans le creux poplité; on sentit un gonflement diffus donnant au toucher une sensation de nodosités, de sangsues incluses dans les téguments, comme au niveau des néoformations du bras. La douleur était très vive à la pression. Tout disparut au bout de quelques jours, sans laisser la moindre altération des tissus.

En janvier et février 1888, la malade eut encore une forte bronchite avec expectoration muco-sanguinolente. — En février aussi, exagération de la sécrétion sudorale au niveau des parties tuméfiées. — En mars, nouvelle crise de dyspnée des plus alarmantes. — Le bras droit était toujours très douloureux, avec irradiations autour du tronc jusqu'à la région lombaire. — A cette époque on vit apparaître des masses dans les « triangles cervicaux postérieurs » de chaque côté. La moindre palpation y réveillait de la douleur surtout à droite; pendant les accès, ces masses devenaient plus volumineuses et plus dures. — Jamais rien de semblable dans les « triangles cervicaux antérieurs ».

En avril, elle eut une crise d'une intensité inaccoutumée : la douleur, jusque-là cantonnée au bras droit, à l'épaule, au flanc droit et à la nuque, s'étendit pour la première fois au visage et à la tête. Le côté droit du visage et du cou augmentèrent nettement de volume, donnant au toucher la sensation lobulée si caractéristique des parties déjà tuméfiées. En même temps, la langue, et probablement aussi les tissus du pharynx, enflèrent. La malade déclarait, avec juste raison d'ailleurs, que sa langue lui semblait beaucoup trop grosse pour sa bouche. La parole était gênée, difficile et la voix très nasonnée. Cet état persista durant une semaine, puis, progressivement, l'enflure disparut. Pendant quelque temps, la malade cracha du sang ; bien qu'on ne puisse affirmer son origine, il est fort probable qu'il venait de la gorge. Son irritabilité était extrême et la malade se plaignait de faire de mauvais rêves.

La rougeur des pommettes s'étendit, intense, à toute l'étendue de la face. Plus tard, d'ailleurs on constata qu'à chaque crise douloureuse, le même trouble vaso-moteur se produisait.

Pendant l'été 1888, l'état de la malade subit quelques changements. Les paroxysmes douloureux devinrent moins fréquents et moins violents.

En même temps que cette amélioration se produisait, la sécrétion sudorale devenait plus abondante. Cependant, dans une crise récente, la peau était absolument sèche, bien qu'après il se soit produit une transpiration abondante. Pendant cette crise, comme précédemment, il y eut gonflement du cou et du côté droit de la figure. En même temps, on vit apparaître une tuméfaction épaisse, excessivement douloureuse, s'étendant comme un bourrelet depuis l'angle supéro-interne de l'omoplate jusqu'au dos, gagnant même la région lombaire, et donnant la sensation de lait caillé bien connue. Plus récemment encore, le gonflement du creux poplité réapparut et à la face interne du genou on trouva une néoformation avec tous les caractères physiques de celles déjà existantes au bras. La douleur vient de se faire sentir peu intense dans le bras gauche. La dyspnée cardiaque revient chaque semaine ou tous les quinze jours avec une grande intensité.

Mentalement, la malade n'offre aucun changement, si ce n'est qu'elle perd la mémoire. Elle est toujours excessivement irritable.

Les zones d'anesthésie notées sur les bras et les jambes sont plus accusées, et de nouvelles se sont montrées. Ces dernières se voient surtout au bras et à la jambe gauches. La malade accuse aussi une sensation semblable à celle du velours au bout des doigts et sous la plante des pieds. Pas de trouble de la marche. — Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés, alors qu'au début, il existait à gauche. L'état général n'est pas très touché : la digestion est bonne, la respiration est actuellement normale. Le cœur n'offre qu'un éclat exagéré du second bruit. Le pouls varie de 75 à 96, la moyenne étant entre 90 et 100. Il est un peu dur au toucher.

Le docteur G. E. de Schweinitz a bien voulu pratiquer l'*examen des yeux*. Retrécissement du champ visuel pour les formes et les couleurs, plus marqué à gauche. Gêrontoxon très large surtout du côté temporal. Pas de scotome.

Diminution légère de l'*acuité auditive* : le tic-tac d'une montre n'est plus perçu au delà de un pouce 1/2.

• *Altération de l'odorat et du goût* : La narine gauche tamponnée, la malade ne peut avec la droite distinguer l'assa fœtida de l'eau de Cologne. Avec la narine gauche, elle fait la distinction, mais assez difficilement, disant seulement au bout d'un moment que le flacon contenant l'assa fœtida sent l'oignon. Si l'on place sur la langue des solutions de sel et de sucre, elle les distingue l'une de l'autre, mais avec hésitation, disant que toutes deux ont un goût amer. La moitié gauche de la langue paraît réagir mieux et plus vite que la droite.

Analyse des urines : Quantité totale des 24 heures : 32 onces. — Poids spécifique : 1023. — Total des éléments solides, 5 pour 100. — Quantité d'urée en 24 heures : 23, 7 grammes. — Pas de sucre, pas d'albumine. — On ne peut pas dire que la quantité d'urée soit au-dessous de la normale et l'analyse est sans significations spéciales.

Examen du sang pratiqué par le docteur F. P. Henry : le nombre des globules rouges par $\text{cm}^3 = 4.940.000$; couleur 70 pour 100. — Le nombre des globules blancs n'est pas augmenté.

Les bras ont été mesurés deux fois soigneusement, le 1^{er} décembre 1887, et le 11 juillet 1888.

Pour voir s'il était possible de déplacer les tuméfactions au

moyen de la pression, on roula autour du bras gauche une bande de caoutchouc, très régulièrement, en commençant au bout des doigts et en remontant jusque sur l'épaule. On la laissa une heure, puis on mesura. — On mit ensuite une bande de mousseline ordinaire très serrée, et on la laissa 4 heures.

Le bras droit, il ne faut pas l'oublier, était trop sensible pour subir cette expérience. Les mensurations ont été prises autant que possible dans les mêmes conditions.

TABEAU DES MESURES DES BRAS

	Bras droit mesuré le 1 ^{er} décembre 1887	Bras droit mesuré le 41 juillet 1888	Bras gauche mesuré le 1 ^{er} décembre 1887	Bras gauche mesuré le 41 juillet 1888	Bandage de caoutchouc appliqué 1 heure au bras gauche	Bandage de mousseline appliqué 4 heures au bras gauche
	Pouces	Pouces	Pouces	Pouces	Pouces	Pouces
Circonférence de l'épaule, mesurée verticalement par l'aisselle.	21	21	21	21	21	20 1/4
Autour du bras et de l'aisselle.	17 1/2	17	17 1/2	17 1/2	17	16 1/2
Plus grande circonférence, milieu du bras.	21	20 1/2	19 1/2	20 1/2	19 1/2	19
Circonférence du milieu entre la plus grande circonférence et le coude.	19	19 1/2	19	19	19	18 1/2
Circonférence au coude	13	13 1/2	12 1/2	12 1/2	12 1/2	12 1/2
Plus grande circonférence de l'avant-bras.	11 1/2	11 1/2	11	11	11	11 1/2
Circonférence du poignet.	7	7 1/4	7	7	7	7
Circonférence du métacarpe.	9	9 1/4	8 3/4	9	9	9

En consultant ce tableau, on voit que, durant les sept mois qui se sont écoulés entre les mensurations de décembre et de juillet, il s'est produit peu de changement dans les dimensions des deux bras. Le bras droit semble avoir diminué dans sa partie supérieure et moyenne et avoir augmenté

d'une façon correspondante dans sa partie inférieure. L'avant-bras ne s'est pas modifié. Le bras gauche a augmenté sa plus grande circonférence, mais est resté le même partout ailleurs. A noter aussi que l'application de la bande de caoutchouc pendant une heure n'a produit qu'une réduction de volume à peine appréciable. Le bandage de mousseline semble avoir produit plus d'effet. Il est resté quatre heures en place et a produit une diminution du diamètre de toutes les circonférences du bras.

Ces expériences prouvent que les tissus hyperplasiés ne sont pas facilement compressibles et portent à croire que le gonflement n'est pas dû à un liquide facilement dispersable. Cependant, le fait qu'une réduction très appréciable s'est produite sous l'influence du bandage résistant et non élastique est très suggestif.

Au moyen d'un trocart Duchenne on retira, à plusieurs reprises, divers fragments des deux bras. Chaque fois le trocart fut enfoncé bien au-dessous de la peau dans les profondeurs de l'œdème. Les fragments ainsi obtenus avaient la consistance de la gelée et étaient translucides. Au microscope, on constata qu'ils étaient formés uniquement de tissu conjonctif embryonnaire ; les cellules étaient grandes, fusiformes avec de gros noyaux ; pas de cellule grasseuse.

Une autre préparation permit de découvrir un tissu conjonctif ou muqueux peu abondant englobant des cellules graisseuses dont quelques-unes n'avaient pas subi une transformation grasseuse complète.

Une troisième préparation montre du tissu conjonctif avec quelques éléments vasculaires et nerveux. Le tissu connectif est aplati en bandes minces formant, par leur enlacement, un joli réticule à larges mailles. Dans ces mailles sont emprisonnées des cellules graisseuses et, çà et là, on découvre quelques vaisseaux sanguins à parois épaissies.

Sur une des coupes se trouve un ganglion (1) assez gros avec des fibres amyéliniques ; sa capsule est épaissie et sclérosée ; les cellules nerveuses sont d'apparence normale avec de nombreux noyaux réunis en grappes. Signalons ce fait

(1) On peut, peut-être, expliquer la présence de ce ganglion nerveux en supposant que le trocart a effleuré un vaisseau.

que, au moment où on retira ce fragment, *il s'écoula par la plaie un liquide semblable à de la lymphe* et légèrement teinté de sang. Placé dans l'alcool, *ce fragment s'est rétracté d'une façon excessive.*

La malade mourut de faiblesse cardiaque. Elle pesait alors 300 livres anglaises (environ 135 kilog.).

Autopsie (1). — La couche de graisse de l'abdomen a environ cinq centimètres d'épaisseur.

L'épiploon, l'intestin sont chargés de graisse ainsi que le péricarde.

Cœur dégénéré.

Reins granuleux.

A l'examen microscopique, la graisse sous-cutanée ne se distingue pas de la graisse normale, mais les nerfs périphériques qui y sont contenus, présentent une diminution certaine et de l'atrophie des fibres nerveuses, ainsi qu'une prolifération marquée de l'endoneurium et du périneurium. Les gros troncs nerveux sont normaux.

La moëlle épinière présente une dégénérescence des cordons de Goll dans la région thoracique supérieure et la région cervicale.

Cerveau et glande pituitaire normaux.

La glande thyroïde présentait des lésions intéressantes. Certains larges acini étaient distendus par de la matière colloïde; leur taille était variable, ainsi que leur forme et leur épithélium était en une seule couche.

En d'autres points, des cellules rondes remplissaient les mailles du stroma et enveloppaient de très petits acini, sans matière colloïde. En d'autres points, on voyait une combinaison des précédentes lésions. En certains endroits, l'épithélium des acini était plus élevé qu'à l'état normal et formait des sortes de saillies. Quoique la glande fût petite, il semble que certaines parties en étaient hypertrophiées, peut-être par compensation.

On peut donc admettre une relation entre l'adipose douloureuse et les troubles sécrétoires de la glande thyroïde.

OBSERVATION II

HENRY. — *The Journal of nervous and mental disease* (mars 1891).

Ellen W..., 63 ans, blanche, née en Angleterre.

Histoire de la famille. — Père mort alcoolique à l'âge mûr. Mère morte à 28 ans d'œdème du cerveau, comme l'a prouvé l'autopsie.

Deux frères et une sœur vivants; un frère plus jeune que la malade, les deux autres sont plus âgés. Le frère cadet, lorsqu'il était enfant, était « singulier » : il courait vers les gens, en proie à une frayeur subite, disant qu'il se noyait ou autres choses analogues. Il vit encore, apparemment bien mentalement et physiquement, mais grand buveur. Il a une contracture de l'annulaire gauche (à peu près comme la malade) et ne peut remuer le doigt. Il est père de neuf enfants qui tous se portent bien. Le frère aîné a toujours joui d'une bonne santé, mais il souffre de violents maux de tête périodiques qui l'obligent à garder le lit. Depuis sa jeunesse, il a souffert constamment du froid aux pieds, et ceci au point d'être dérangé pendant son sommeil et de souffrir beaucoup. Il avait cinq fils et deux filles. L'un des fils est mort du tétanos consécutivement à une plaie du pied produite par un clou. Les autres sont bien portants, mais une des filles a une difformité du médus de la main droite, exactement semblable à celle constatée chez notre malade. Ce fait a été remarqué, il y a quatre ans et la difformité a progressé régulièrement sans jamais occasionner de douleur ou de désagrément.

La seule sœur vivante a 65 ans; elle se porte bien et n'a pas eu d'enfants.

Antécédents personnels. — Ne se rappelle pas avoir eu les maladies communes à l'enfance; elle était considérée comme une enfant bien portante. Toute petite, elle commença à avoir des convulsions qui survenaient quelquefois tous les jours, d'autres fois toutes les semaines. Elle perdait connaissance

(1) DERCUM. — *The Journal of nervous and mental disease*, août 1900.

pendant les crises qui étaient suivies de violents maux de tête. Cette céphalée lui permettait de dire si elle avait eu sa crise pendant la nuit. Après les crises, elle dormait. Pendant cette période, elle vomit, à plusieurs reprises, des vers lombricoïdes et, peu après, elle fut guérie de ses convulsions qui s'espacèrent graduellement pour disparaître tout à fait.

Ellen W... se maria à 17 ans et vécut avec son mari pendant 24 ans. Elle eut deux fils dont l'aîné, qui a 40 ans, est père de sept enfants bien portants ; le cadet est mort à deux ans, de diarrhée hémorragique. Elle n'a eu ni fausse couche, ni mort-né. Elle quitta son mari, car celui-ci avait contracté une maladie vénérienne, dont le résultat fut l'ulcération et la destruction de la peau du pénis et du scrotum, état serpiginieux ou phagédénique, sans doute. Il n'eut pas de symptômes secondaires. Elle fut examinée, à cette époque, par un docteur qui lui dit qu'elle avait échappé à la contagion. Pourtant, un an plus tard, elle eut une angine avec des taches blanches.

Fut grande buveuse depuis sa jeunesse jusqu'à il y a six ou sept ans. Pendant la dernière partie de ce temps, elle tenait un « Salon » en Californie et buvait énormément de bière et de whisky. Jamais elle ne but de bon matin, mais elle restait quelquefois des semaines de suite ivre le soir.

La menstruation commença à 11 ans et continua régulièrement jusqu'à 35 ans, sans aucun trouble. A cet âge, elle s'arrêta brusquement. Les règles étaient très abondantes, mais absolument indolores.

Il y a 15 ans, elle eut plusieurs côtes du côté gauche brisées d'un coup de poing.

Histoire de la maladie présente. — La maladie a commencé, il y a environ 14 ans, alors qu'elle avait 49 ans. A cette époque, elle habitait la Californie. La première chose qu'elle observa fut une sensation constante de froid dans les genoux, suivie d'une enflure qui augmenta graduellement. D'abord, elle crut que l'enflure était due à ce qu'elle engraisait ; mais, plus tard, elle fut étonnée de voir qu'il y avait une masse localisée à la face interne de chaque genou. En même temps, elle éprouvait une douleur sourde dans les parties atteintes. Plus tard, le bras droit fut pris, une masse poussant sur le côté externe du

triceps. L'augmentation de volume de tout son corps était visible, attendu qu'elle ne pouvait plus lacer son corset.

A cette époque, étant encore en Californie, elle se trouva dans l'impossibilité de transpirer, excepté aux « bains turcs », et ce fut une des raisons qui la décidèrent à venir dans l'Est.

Depuis qu'elle est à Philadelphie, la transpiration n'a pas été aussi rare qu'auparavant. Divers modes de traitement sont restés sans influence sur les progrès de la maladie. Il y a cinq ou six ans, dans cette ville, on fit des injections de chloroforme dans les tumeurs situées à la face interne des genoux, mais elles ne firent aucun bien; de douloureuses ulcérations furent le résultat des piqûres et des cicatrices de dimensions considérables en marquent encore la place.

Il y a environ quatre ans, un léger gonflement apparut dans la région épigastrique; il augmenta un peu de volume et avait la forme des seins, mais, depuis, il s'est étendu au point d'envahir presque tout l'abdomen.

Du genou, le processus s'étendit aux cuisses, donnant naissance à de grosses masses sur leur face externe et sur la hanche.

On n'a jamais noté de gonflement à la figure, ni au cou, mais maintenant il lui semble que les tissus du cou deviennent plus pleins.

La douleur n'a jamais été un caractère bien marqué de la maladie; mais, à diverses périodes, elle a souffert de douleurs siégeant apparemment dans les tissus gonflés ou suivant les membres. Quelquefois ces attaques ont été assez nettement localisées dans un membre, dans un côté ou dans une articulation.

Il y a cinq ans, son attention fut attirée par un état particulier de la main droite. La dernière phalange du second doigt commença à se mettre en flexion, tandis que le bouge du doigt semblait s'atrophier. Plus tard, les autres doigts de cette main furent atteints et toutes les phalanges déformées. La difformité actuelle est la suivante : flexion de la première phalange, extension marquée de la deuxième et demi-flexion de la troisième. Il semble y avoir, à l'articulation entre la première et la deuxième phalange, une luxation plus ou moins complète, les extrémités osseuses n'étant apparemment recouvertes que

par la peau. Le pouce de cette main est raide comme les autres doigts, mais toutes ses articulations sont fléchies. Depuis quelque temps, elle a remarqué que le pouce de la main gauche devient comme celui de la droite et dit que l'articulation métacarpo-phalangienne de ses deux premiers doigts lui produit la même impression qu'avaient produite les articulations de l'autre main au début.

Il y a un an, la malade a eu une poussée rhumatoïde affectant la main et le bras déformés. Elle dit elle-même que la douleur semblait monter et descendre le long du bras plutôt que se cantonner au niveau des articulations.

Il y a quelques mois, elle eut une pneumonie du poumon droit et se rétablit bien.

N'a jamais eu de troubles urinaires qu'elle sache.

Les yeux ont toujours semblé bons. Voit bien avec ses lunettes.

Depuis plusieurs mois, elle a de légères hémorrhagies utérines, parfois accompagnées de douleurs, ressemblant à celles qu'elle éprouvait autrefois avant la menstruation.

Les épreuves suivantes de la sensibilité furent faites par le Dr Charles Walter, de l'hôpital de Philadelphie.

Examen de Ellen W... — Révèle une sensibilité généralement diminuée et paresseuse. Il y a un peu d'analgésie et de la diminution de la sensibilité à la température et au toucher. Elle peut désigner la place des impressions, mais ne peut distinguer les pointes de l'æsthésiomètre, même lorsqu'elles sont séparées de plusieurs pouces. Il ne semble rien y avoir d'anormal dans l'appréciation de la pesanteur.

On a noté les faits suivants :

a). Les modifications de la sensibilité n'étaient pas plus marquées sur le trajet d'aucun des nerfs cutanés, mais semblaient dépendre entièrement de l'épaisseur du tissu sous-cutané; les changements étant d'autant plus marqués qu'il y avait plus de graisse. Dans les régions relativement peu chargées de cette couche sous-cutanée (dos des mains et des pieds, par exemple) la sensibilité quoique émoussée était meilleure.

b). Sur toute la surface, il fallait de profondes piqûres pour causer de la douleur.

c). La chaleur, ou bien n'était pas appréciée, ou bien était prise pour une incision avec un couteau bien aiguisé. Dans la jambe droite, le froid était pris pour quelque chose de « coupant ». Généralement, la malade sentait mieux le froid que le chaud.

d). Les pointes de l'æsthesiomètre n'étaient pas senties en pressant légèrement, et lorsqu'on appuyait énergiquement, elles étaient fréquemment prises pour des objets émoussés, tels que le bout des doigts. La pression à l'aide des doigts ou d'instruments mousses ne se sentait pas, à moins que l'on appuyât très fort.

La sensibilité électrique n'a pas été éprouvée, car il n'y avait pas de batterie galvanique portative sous la main.

Les mesures suivantes, en donnant une idée de la dimension excessive de la femme, montrent une asymétrie marquée dans le développement des deux moitiés du corps.

Bras gauche :

Poignet.....	6 5/8	pouces.
Avant-bras	10 1/2	»
Bras (milieu)	17 1/2	»
Epaule	21 3/4	»

Bras droit :

Poignet.....	7 1/4	pouces.
Avant-bras	11 1/2	»
Bras (milieu).....	17 1/4	»
Epaule.....	25	»

Extrémités inférieures gauches :

Cheville.....	8	pouces.
Mollet.....	14 1/2	»
Dessus du genou.....	17 3/4	»
Cuisse (inférieure)	19 3/4	»
Cuisse (supérieure)	30	»

Extrémités inférieures droites :

Cheville.....	9 1/4	pouces.
Mollet.....	14 1/2	»
Dessus du genou.....	19 1/2	»
Cuisse (inférieure).....	21 1/2	»
Cuisse (supérieure).....	27	»

Vue primitivement par le docteur Henry, qui prit l'observation précédente, la malade passa le 27 novembre 1891 dans la salle des nerveux du professeur Dercum qui compléta l'observation et pratiqua l'autopsie.

Questionnée par lui, Ellen W... raconta que le gonflement s'était montré d'abord d'une façon très asymétrique, beaucoup plus accusé sur la fesse et la cuisse droites, pour gagner le côté gauche où il atteignait bientôt un volume identique. Plus tard, l'enflure envahit l'épaule gauche, le dos, les flancs, atteignant rapidement des dimensions considérables.

A un examen rapide, la malade donnait l'impression d'une femme excessivement obèse ; mais une étude plus attentive montrait bientôt que la graisse était très irrégulièrement distribuée. Au niveau des genoux où elle était apparue en premier lieu, elle était irrégulière, grumelleuse, donnant au toucher une sensation élastique, ne gardant pas l'empreinte du doigt. A ce moment, les douleurs n'étaient pas très vives, mais souvent la malade ressentait un élancement douloureux, surtout dans les masses adipeuses de l'hypochondre droit. De plus la malade se plaignait de sensation de brûlure à la face interne de la joue droite et sur les bords de la langue, bien qu'en ces points, les muqueuses ne présentassent rien d'anormal.

La malade était très faible et ne pouvait que difficilement remuer ou s'asseoir sur son lit. C'est pour ce motif qu'on ne put faire les recherches électriques.

L'examen de la sensibilité confirmait en général les résultats du Dr Henry, sauf pourtant que certaines zones étaient anesthésiées d'une façon absolue. Un an plus tard, le tissu sous-cutané avait augmenté de façon notable, si bien que, comparant les mesures prises par le Dr Henry et les miennes, j'ai trouvé que l'avant-bras gauche avait augmenté de 1 7/8 pouce, l'avant-bras droit de 1 3/8 pouce, le bras gauche de 1 1/2 et le bras droit de 2 pouces. Cet accroissement était général.

Subjectivement, la malade se plaignait de céphalée. Son facies était très coloré et elle souffrait beaucoup de dyspnée cardiaque, symptôme désolant par sa persistance. L'examen des yeux fut négatif.

Rien d'anormal dans les urines.

Si l'on en croit la malade, elle transpirait fort peu. Sa figure ne participait pas au gonflement.

Pas de température anormale.

Les cheveux n'étaient pas très épais.

Pas de difficulté pour s'exprimer. Pas de troubles mentaux.

La malade resta dans un état stationnaire durant deux semaines, après son entrée dans la salle des nerveux, mais bientôt sa dyspnée augmenta beaucoup, le pouls, déjà mou et dépressible, devint irrégulier et intermittent. Après quelques alternatives d'amélioration, les pieds, les mains et la face se cyanosèrent, les poumons furent envahis par la congestion et l'œdème et, le 22 décembre 1891, la malade mourut.

Autopsie 23 décembre. — Corps d'une très grande femme. Poids approximatif 300 livres. Figure violacée par suite de la congestion veineuse, Congestion sur certains points du corps ; quelques cicatrices blanches sur chacun des genoux ; jambes et pieds œdématisés ; le corps est déformé et aplati par son propre poids.

Le crâne et le cuir chevelu ne présentent rien d'anormal. Les veines de la dure-mère et le sinus longitudinal sont gorgés de sang ; congestion veineuse de la pie-mère. Le cortex est un peu plus noir que normalement, pîctés vasculaires sail-lants. Rien autre à noter du côté du cerveau. La moelle épinière paraît saine. La peau du thorax semble normale ; le tissu cellulaire sous-cutané est chargé de graisse et humide.

La glande thyroïde est petite, indurée et infiltrée de matières calcaires dans les deux lobes.

Le poumon droit, œdématisé adhère aux plèvres pariétales ; le poumon gauche, œdématisé aussi, présente de la congestion hypostatique *post mortem* ; les deux cavités pleurales renferment un excès de liquide.

Le péricarde renferme 6 à 8 onces d'un liquide tenant en suspension quelques « flocculent lymph ».

Cœur : pèse 27 onces ; cavités droites dilatées avec épaississement des parois. Le cœur gauche a des parois hypertrophiées notamment les colonnes charnues et les muscles papillaires. Un peu de surcharge graisseuse, surtout sur les parois du ventricule droit.

Dans la paroi abdominale, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané a trois pouces d'épaisseur.

Environ une pinte (0,5679) de liquide ascitique dans le ventre. L'estomac est très dilaté; les intestins normaux; foie normal, sauf cependant un léger degré d'infiltration graisseuse; rate normale en apparence, mais légèrement congestionnée; reins semblent sains, capsules adhérentes par places. Dans le petit bassin, ovaire droit kystique; hydrosalpinx à gauche (environ 6 onces de liquide. Utérus un peu gros. Vessie normale.

OBSERVATION III

DERCUM. — *The american Journal of the Medical Sciences*
(décembre 1892).

M. M..., âgée de 60 ans, veuve, couturière, née en Allemagne, résidant en Amérique depuis 26 ans. Admise le 7 octobre 1891, dans la salle des nerveux de l'hôpital de Philadelphie. Peu de mémoire. Histoire en partie racontée par les parents.

Histoire de la famille. — Mère morte d'une maladie de cœur. Sept frères ou sœurs en bonne santé. Jamais d'enfants, ni de fausses couches.

Antécédents personnels. — Il y a quelques années, formation derrière le cou d'une tumeur, pour laquelle la malade consulta le Dr Gross, du Collège Médical de Jefferson. Pour un motif quelconque, on ne fit pas d'opération. Depuis lors, en plusieurs reprises, apparition d'autres tumeurs en différents points. Les règles deviennent plus abondantes que normalement. Quelques hématomèses et quelques épistaxis. Ménopause à 46 ans. Antérieurement, pas d'affection intercurrente. Perte de la mémoire, depuis deux ans environ.

Etat actuel. — La malade est très faible; depuis deux semaines, elle est incapable de marcher. La plus grande partie du temps, reste couchée, apathique. Peut toutefois se laver et répondre aux questions avec une certaine intelligence, mais avec lenteur. En outre, elle est un peu sourde.

L'examen révèle la présence de masses molles, volumineuses et de tuméfactions diversement situées. C'est ainsi qu'on trouve une néo-formation volumineuse au niveau des deux biceps, d'autres néoformations plus petites soit en avant, soit en arrière de chaque bras. Sur le ventre également, se trouvent deux masses de larges dimensions séparées au niveau de l'ombilic par un pli transversal, assez profond. Une autre tuméfaction fait proéminer considérablement la région du mont de Vénus. Sur la nuque de sa partie supérieure à sa partie inférieure, une néo-production fait une volumineuse saillie, tandis qu'une infiltration donne à chaque moitié du dos, l'aspect d'un sérieux rembourrage. Dépôt diffus et consécutivement proéminence marquée sur chacune des hanches.

Par un contraste marqué, il n'y a pas de néo-production sur les avant-bras, les mains et le visage, au niveau des cuisses, des jambes et des fesses. Les régions fessières sont nettement aplaties. La consistance de ces tuméfactions est variable : assez ferme, rénitente au niveau de la nuque et de l'abdomen. Partout ailleurs, elle est au contraire très molle, élastique en même temps. En ces points, on constate la même sensation lobulée qui a été décrite dans les deux premiers cas.

Ces différentes masses sont douloureuses au toucher. La malade se plaint vivement si on les palpe, même avec précaution. Les plus douloureuses sont celles de la nuque et des bras. Elles sont, en outre, le point de départ, ces dernières surtout, de lancées douloureuses dont la malade souffre beaucoup. Pas de modification des troncs nerveux. Maux de tête très marqués.

En continuant l'examen, on note que la surface du radius est grossière avec exostose d'environ deux pouces et demi en son milieu. Sur la partie extérieure du bras droit, large plaque décolorée ressemblant à une cicatrice syphilitique. Surface des deux tibias également irrégulière. Aucune cicatrice sur les jambes. On trouve encore quelques cicatrices blanches sur le front, de nombreux points purpuriques sur les avant-bras, les cuisses, les jambes et le dos, enfin des places de petite étendue où la peau est noire, rugueuse au niveau des avant-bras, des mains, des jambes et des pieds.

La sensibilité cutanée est généralement diminuée. Quelques

zones d'anesthésie. L'une de ces zones anesthésiques remonte sur le côté droit du tronc jusqu'à l'épaule droite. La localisation de ces différentes zones est d'ailleurs assez constante, pour être exactement retrouvée à chaque examen.

L'extrême faiblesse de la malade rend l'examen de ses yeux assez difficile. Les renseignements fournis semblent n'apporter aucune modification notable. L'urine renferme de l'albumine, ne donne aucun dépôt.

Au sujet de la sueur, la malade affirme qu'elle ne transpire pas depuis plusieurs années.

Par moments, température au-dessous de la normale. — Cheveux bien conservés.

La malade s'affaiblit incessamment bien qu'on lui donne un régime fortifiant et des stimulants. Sa démence s'accroît de plus en plus. Les derniers jours de son existence, elle rejette involontairement ses urines et ses matières fécales. Finalement, morte le 5 novembre dans le coma.

Autopsie le 16 novembre 1891 — Corps d'une grande femme avec masses graisseuses irrégulièrement distribuées. *Décoloration du dos. Suffusions sanguines sur le bassin.* Cuir chevelu et crâne normaux. Dure-mère normale. Pie-mère très œdémateuse. Cerveau mou et œdémateux. La moelle ne révèle rien d'anormal. La peau de la poitrine et de l'abdomen semble normale, mais le tissu sous-cutané, qui s'offre avec l'apparence d'une masse diffuse et volumineuse de gras blanc, est très épais, atteignant une profondeur de sept pouces au-dessous de l'ombilic. La glande thyroïde est plus grande que normalement, plus dure, comme calcifiée, spécialement au niveau du lobe droit.

Le cœur pèse 8 onces 1/2. Valves aortique et mitrale légèrement épaissies. Parenchyme cardiaque nettement graisseux. Poumons emphysémateux. Muqueuse de l'estomac présente lésions de gastrite chronique. Le foie pèse 44 onces et à part un peu d'infiltration graisseuse, est à peu près normal. Rate normale. Reins bosselés avec substance corticale très diminuée et capsule adhérente. Rien à noter dans les organes pelviens.

Comme dans le deuxième cas, on a enlevé le cerveau, les nerfs du tronc, de la peau, du tissu sous-cutané, de la glande

thyroïde, des portions de quelques autres viscères, afin de les examiner au microscope. Par malheur, ces différents spécimens ont été égarés.

OBSERVATION IV

WILLIAM SPILLER. — *Medical News* (février 1898).

Mlle A. B..., âgée de 29 ans, adressée par le docteur Rodolphe Matas, de la Nouvelle-Orléans, au docteur Dercum.

Antécédents héréditaires. — N'offrent rien de spécial; son père et ses trois frères sont vivants et bien portants. Sa mère est morte en couches.

Antécédents personnels. — A eu les maladies propres à l'enfance; jamais d'affection nerveuse. S'est bien portée durant son adolescence.

Il y a environ 7 ans, pendant une promenade dans la rue, la malade éprouva une vive douleur dans la voûte du pied droit; rappelant par ses caractères les douleurs névralgiques, elle dura une heure, empêchant la malade de gagner une voiture, puis disparut pendant quelques jours. A dater de ce moment, la malade fut sujette à des attaques plus ou moins douloureuses dans le pied droit.

Au bout d'un an ou deux, un médecin consulté déclara qu'il s'agissait de rhumatisme et prescrivit l'acide salicylique. Quatre ans après, du gonflement apparut au membre inférieur droit, à la cheville et juste au-dessus du genou. Voyant qu'aucune amélioration ne se produisait, elle fut consulter un autre médecin qui, comme le premier, diagnostiqua rhumatisme et prescrivit le salicylate; en outre il lui conseilla d'entourer tout le membre dans une bande de caoutchouc, de la pointe des orteils jusqu'à la hanche, afin de réduire le gonflement. Après quatre semaines, aucun résultat satisfaisant.

A cette époque, les douleurs étaient tout aussi violentes dans la jambe qu'au pied et bientôt la marche en fut considérablement gênée. La station debout et les mouvements exagéraient cette douleur. Etant au Canada en septembre

dernier, elle prit froid et deux semaines durant, ne put marcher, ni lever le bras droit, la douleur affectant aussi l'épaule droite. L'électrisation, les bains, le massage, un séjour à Source Chaude, rien ne put modifier l'affection ; les picotements qui, à un moment donné se produisaient dans les orteils du pied droit, disparurent, mais le gonflement n'en progressait pas moins en tous sens, englobant tout le membre inférieur droit devenu ainsi beaucoup plus volumineux que le gauche. Dans une lettre, le docteur Matas attire l'attention sur ce fait qu'à son premier examen, la douleur suivait nettement le trajet des nerfs cutané externe, crural antérieur et musculo-cutané.

La malade déshabillée et couchée sur un lit, on remarque aussitôt que la cuisse droite est nettement plus grosse que la gauche. Le membre inférieur gauche paraît bien constitué. Le tronc et les épaules sont très « remplis » mais ne donnent pas l'impression d'obésité. En d'autres termes, la jambe gauche, le tronc, les deux épaules et les bras sont bien proportionnés. La palpation du pied droit révèle un point très douloureux juste au-dessus du troisième « distal » du cou-de-pied, s'étendant légèrement sur le premier métatarsien et sur le premier espace interosseux. Cette douleur n'était révélée par aucun gonflement. Derrière la malléole externe, nouveau point sensible, mais avec de l'empâtement mou-graisseux. La circonférence des chevilles, en passant sur les deux malléoles donnait $1\frac{1}{4}$ de pouce en plus pour le pied droit ; la jambe droite se révélait également un peu plus grosse à la mensuration ; ainsi à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, la jambe droite mesurait $13\frac{3}{8}$ pouces et la gauche $12\frac{3}{4}$ pouces. Cette hyperplasie semblait diffuse et uniforme, pas de nodule, pas de masse nettement délimitée, pas de zone douloureuse.

L'augmentation du volume de la cuisse était frappante et vite confirmée par la mensuration : à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, la cuisse droite mesurait $19\frac{3}{8}$ pouces, la gauche $17\frac{7}{8}$ pouces ; à l'union des tiers moyen et supérieur on notait $23\frac{3}{4}$ pouces pour la cuisse droite et $22\frac{1}{4}$ pouces pour la cuisse gauche ; au tiers moyen $21\frac{1}{2}$ à droite, $19\frac{3}{4}$ à gauche. Au palper, on se rendait compte que les tissus néo-

formés étaient inégalement répartis ; au niveau du condyle interne, par exemple, et un peu au-dessus, on trouvait une masse volumineuse donnant une sensation de nodosités, de « mottes » et la pression y réveillait de la douleur. A la face externe, vers le tiers inférieur de la jambe, nouvelles masses, petites, noduleuses et douloureuses. Douleur aussi sur le trajet des nerfs cutanés interne, externe et moyen.

Gonflement léger au niveau de la région lombaire et de la région fessière. Cette hyperplasie semblait surtout formée aux dépens du tissu graisseux. Au niveau de la crête iliaque droite et un peu en arrière, on trouve une masse de la forme et du volume d'une grosse orange, donnant au palper une sensation lobulée. Très sensible, sans limite bien nette, elle se confond sur son pourtour avec le tissu graisseux adjacent. La sensibilité à son niveau est telle, que la malade ne peut se coucher, ni sur le dos, ni sur le côté droit. La fesse droite est également douloureuse, si bien que la position assise est très pénible. Autre masse assez mal circonscrite dans le creux poplité droit. Pas de nodule dans les autres parties du corps, sauf pourtant une petite tumeur du volume d'une noix à la face interne du bras gauche.

L'état général est assez bon ; teint normal. Jamais d'hémorrhagie quelle qu'elle soit ; ni bronchite, ni dyspnée. Pas de céphalée ; de temps à autre, douleurs dans le dos. Menstruation régulière.

La malade affirme que, plus ou moins vives, les douleurs, dans ces différentes tumeurs graisseuses, ne sont jamais absentes. De temps à autres, exarcebations violentes. Au moment des paroxysmes, les néoformations deviennent plus fermes au toucher, plus dures et augmentent de volume. La crise passée, leur dimension devient moindre, sans jamais descendre au-dessous d'un certain volume. Mais, après chaque accès, les tumeurs gardent toujours un développement plus grand que celui qu'elles avaient auparavant. Les muscles et les os sont indemnes ; seul le tissu graisseux est intéressé.

OBSERVATION V

WILLIAM SPILLER. — *Medical News* (février 1898).

M. A..., célibataire, originaire d'Irlande, entre, le 25 novembre 1896, à l'hôpital de Philadelphie, dans le service du docteur Dercum.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'hydropisie à 50 ans; son père s'est noyé.

Trois frères et trois sœurs morts en bas âge; une sœur, devenue très grasse à la ménopause, est morte asthmatique.

Antécédents personnels. — La malade dit avoir toujours joui d'une bonne santé. Elle nie tout excès alcoolique.

Ménopause à 40 ans. Jamais d'hémorrhagie, ni céphalée, ni vertige.

Elle a toujours été mince, ce n'est que vers l'âge de 40 ans qu'elle commença à grossir. Après douze ans de travail dans une buanderie, des douleurs se firent sentir aux talons, surtout pendant la marche. Ces douleurs s'étendaient aux jambes, paraissant siéger à la fois dans les tissus et dans les articulations. Bientôt les hanches et l'épaule droites furent atteintes.

Il y a deux ans (1894), elle ressentit des douleurs dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres et du tronc, douleurs présentant parfois de violentes exacerbations. Elle affirme que l'embonpoint s'accrut violemment après le début des douleurs.

La pression superficielle des bras, des cuisses, des jambes, des fesses, de la région lombaire et du dos est douloureuse. La douleur ne suit pas le trajet des troncs nerveux. Pas de zone d'anesthésie; la chaleur et le froid sont fort bien perçus. Un peu de faiblesse musculaire.

Réflexes rotuliens normaux.

Pas de déviation de la langue.

Les pupilles sont égales et réagissent bien.

La malade accuse de la céphalée et des douleurs dans la hanche gauche pendant la marche depuis trois ans.

Rougeur anormale du front.

Les dépôts graisseux sont très volumineux sur les cuisses, l'abdomen, les mollets, les reins, le dos et les bras, moins accusés sur les avant-bras. Pas trace de néoformation, ni de douleur aux pieds, ni aux mains, ni à la face, ni au cou.

Le corps thyroïde est très atrophié.

On ne trouve pas, chez cette malade, comme chez celle du cas I, des nodules graisseux nettement circonscrits.

OBSERVATION VI

WILLIAM SPILLER. — *Medical News* (février 1898.)

M. A..., 45 ans, adressée au docteur Mills, par le docteur Thomas Hay de Milwaukee.

Jamais aucun des siens n'a présenté de troubles analogues à ceux dont elle souffre aujourd'hui. Sa mère est morte rhumatisante ; de ses quatre enfants, une fille est de santé délicate, les trois autres se portent bien.

Elle a commencé à engraisser vers l'âge de 35 ans, après la naissance de son dernier enfant. A l'époque de son mariage, elle pesait 116 livres (1) et avant de consulter aucun médecin, elle atteignait 192 livres.

Des douleurs apparurent, il y a environ quatre ans, alors que la malade engraisait rapidement. Elles revenaient par intervalles et après la crise, la malade se trouvait « plus en chair » ses vêtements lui étant devenus trop étroits.

Primitivement, ces douleurs apparurent aux jambes, surtout la nuit, provoquant l'insomnie. Il semblait à la patiente que des vers rampaient sous la peau, ou qu'un bandage très serré comprimait sa jambe droite dans toute son étendue. Ses mollets lui paraissaient devoir éclater.

Ces symptômes durèrent plusieurs mois. A certain moment, les douleurs furent d'une violence inouïe, avec sensation de brûlure dans les deux membres inférieurs. Il en résulta, au dire de la malade, une différence de température entre la face

(1) La livre anglaise vaut 454 grammes.

interne et la face externe des cuisses, différence appréciable à la main.

Environ trois mois plus tard, les douleurs se firent sentir dans le bras droit et quelques mois après dans le bras gauche.

Durant la première crise douloureuse, de petits nodules du volume d'un pois apparurent sous la peau des cuisses, des jambes et des pieds. Rien de semblable aux bras. A plusieurs reprises des accidents semblables se produisirent à des intervalles irréguliers. Il y a environ quatre ans, des nodules se montrèrent sur les faces interne et externe de chaque genou, mais plus gros à droite; peu à peu ils s'atténuèrent. A une certaine époque, apparut dans la région inguinale gauche une grosse masse plus volumineuse et plus douloureuse au moment des règles. Elle disparut dans la suite; tumeur identique sur le dos de la main gauche.

Le massage produisit une amélioration notable et l'ingestion d'extrait thyroïdien fit diminuer les néoformations; la malade s'amincit et put faire quelques promenades. Les céphalées si violentes, il y a quatre ans, sont maintenant beaucoup moins pénibles.

Jamais de douleurs dans la face.

Souvent, pendant les crises, la paume des mains, la plante et les bords des pieds se couvraient d'ampoules; puis, la crise terminée, il se produisait, à ce niveau, une desquamation comme dans la scarlatine.

Actuellement la malade, quoique de belle corpulence, est loin d'avoir le poids de celle présentée par Dercum. On trouve un petit nodule à la face externe du genou droit. Elle accuse de violentes douleurs dans tous les membres surtout dans les membres inférieurs. Ces douleurs sont spontanées, exagérées par la pression et ne suivent le trajet d'aucun nerf. Les mains et les pieds sont un peu tuméfiés mais ne gardent pas l'empreinte du doigt. La face est indemne, un peu sensible au niveau du front.

Réflexe rotulien normal à gauche, nul à droite. Pas de clonus du pied.

Sensibilité au toucher et à la douleur partout normale.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Point douloureux au niveau du coccyx; rien autre du côté de la colonne.

Pas de zone hystérogène au niveau des ovaires; la douleur réveillée par la pression surtout à gauche semble plutôt inflammatoire.

Le tronc et surtout les membres sont très sensibles à la pression.

OBSERVATION VII

A. ESHNER. — *The Philadelphia Medical Journal* (octobre 1897).

M. G..., femme de 48 ans, mariée, admise le 6 juin 1896, dans une salle de médecine de l'hôpital de Philadelphie. Elle nous a donné les renseignements suivants. La mère, *fort obèse*, morte à 86 ans. Le père et un frère ont été tués à la guerre. Un frère, l'aîné de tous et une sœur sont en bonne santé. Une sœur morte à l'âge de 60 ans, très obèse. La sœur et le frère vivants sont gras, sans exagération toutefois. Une grand'mère maternelle aurait également été très grosse.

La malade raconte, en outre, qu'elle a souffert à quatre reprises différentes, d'érysipèle des membres inférieurs; à 30 ans environ d'abord, puis six ans plus tard, la troisième fois quelque temps après la deuxième et enfin la dernière fois un an avant notre examen.

A eu cinq enfants, tous accouchés au forceps. L'un d'eux est mort après la naissance, un autre a succombé à la diphtérie. Les autres ont survécu.

Une fille de 23 ans est obèse. Le mari est mort il y a dix-huit ans.

Règlée à 13 ans, assez régulièrement et sans douleur, jusqu'à l'âge de 41 ans. Depuis lors, jusqu'à la ménopause, règles fréquentes, se signalant par de véritables hémorrhagies. Depuis l'âge de 35 ans, se sent considérablement affaiblie par le surmenage physique et divers chagrins.

Remarque, à une date qu'elle ne peut déterminer au niveau de son ventre, une augmentation de volume qui gagne les membres inférieurs, puis s'étend progressivement à tout le

corps, sauf le visage, les mains et les pieds. En même temps, douleurs intenses dans le dos, spécialement au niveau des régions sacrée et interscapulaire. Ces douleurs sont intermittentes et se localisent surtout au niveau des parties tuméfiées. Depuis plus de deux ans, douleur pulsatile continue dans la tête, s'accompagnant de bourdonnement d'oreille. Pas de vertige; acuité auditive parfaite. L'appétit est resté bon, mais n'a jamais été excessif. La malade n'a pas de prédilection marquée pour tel ou tel aliment. De temps en temps nausées et vomissements qui contiennent parfois du sang. Depuis plus d'un an, la malade reste sans ressources, obligée qu'elle est de garder le lit et incapable de bouger. Depuis son admission, à l'hôpital elle est incapable de s'aider en quoi que ce soit.

Au moment de son admission, le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal. La figure n'est pas sensiblement plus grosse et plus pleine que celle d'une femme ordinaire. La circonférence est de 17 pouces au cou, de 60 pouces au buste, de 53 à la ceinture, de 70 à l'abdomen, de 24, 5 au bras un peu au-dessus du coude. La température, prise régulièrement, s'est toujours maintenue à la normale. Le nombre des respirations oscille entre 18 et 32, avec une moyenne approximative de 24; le pouls varie de 68 à 108 avec une moyenne de 84 environ. L'urine, examinée à plusieurs reprises, a un poids spécifique variant entre 1019 et 1028. Elle contient quelques leucocytes, pas d'autres altérations.

On note, en juin 1897, que les mains sont de dimensions normales. La circonférence de l'avant-bras au-dessus du poignet est de 7 pouces 25, celle du poignet au-dessous de l'apophyse styloïde de 6 pouces 1/2. Au coude, plis très prononcés soit sur la face dorsale, soit sur la face palmaire. Un pouce au-dessous du pli de flexion, la circonférence est de 13 pouces 75 à droite, de 12 pouces 1/2 à gauche. Sous les aisselles, poils peu abondants. A sa partie moyenne, le bras offre comme circonférence 16 pouces 1/2 à droite et 16 pouces à gauche. L'extrémité supérieure du bras a l'aspect d'un cône, à base au niveau de l'épaule. Le cou n'est pas très gras.

Les seins sont larges et volumineux bien qu'aplati. Le droit semble plus volumineux que le gauche et sa couleur est plus foncée. Les aréoles mamillaires et les tubercules aréolaires

sont très marqués. La circonférence du tronc est de 41 pouces à la ceinture et de 59 pouces au milieu du sacrum. La distance de l'olécrane à l'apophyse styloïde mesure 10 pouces, celle de l'acromion à l'olécrane 13 pouces 75.

La circonférence du milieu de la cuisse est de 31 pouces. La distance de la rotule est de 16 pouces jusqu'à la malléole externe et de 17 jusqu'au pli inguinal. La jambe a 17 pouces 1/2 à sa partie moyenne. Le pied droit mesure 9 pouces 75, le gauche 10 pouces 25. La surface cutanée est tachetée, cyanotique sur tout le côté droit du corps, sur lequel reposait la malade. Bruits du cœur nets et bien frappés. La langue est large, fissurée, animée de tremblements, elle aurait, au dire de la malade, toujours présenté le même aspect. Les oreilles sont restées normales.

On ne peut pas sentir la glande thyroïde.

Les cheveux sont doux, onctueux au toucher.

La peau reste également douce et la transpiration parfaitement normale.

Au toucher les masses graisseuses donnent la sensation de paquets de ficelle, elles s'assouplissent sous les doigts qui les manipulent.

La malade a été soumise à des traitements variés qui n'ont produit aucun effet appréciable. Par deux fois on a prescrit chaque jour cinq pilules d'extrait sec de glande thyroïde que la malade a refusé de prendre quelques jours après sous le prétexte qu'on l'empoisonnait avec les drogues. Elle a eu d'ailleurs un peu plus tard des hallucinations assez caractérisées pour nécessiter l'internement dans un asile d'aliénés.

OBSERVATION VIII

A. ESHNER. — *The Philadelphia Medical Journal* (octobre 1898).

A. F..., âgée de 22 ans, admise le 29 juillet 18... à l'hôpital Guy, dans le service du Dr Hale-White. D'après des renseignements fournis par le Dr Colmer de Yeovil, les parents de la malade étaient syphilitiques, elle-même est en puissance d'une

syphilis congénitale. Les grands-parents maternels auraient présenté différents troubles mentaux. Actuellement, tous les membres de la famille seraient en bonne santé, aucun d'eux ne présente de troubles analogues à ceux de notre malade.

Histoire personnelle. — C'est vers l'âge de 11 ou 12 ans que la malade commence à grossir. La tuméfaction se limite d'abord aux jambes, un peu au-dessus des malléoles. A cette époque, douleurs très vives au niveau de la région épigastrique. Ces douleurs, indépendantes des repas, étaient continues, rongeantes, piquantes. Douleur analogue très pénible dans la région sacro-lombaire.

À la fin d'un an environ, toutes les parties du corps avaient augmenté de volume, si bien qu'à 13 ans la malade pesait 20 stones (1). Vers le même âge, tuméfaction fluctuante sur le côté gauche du cou, par où s'écoula pendant plusieurs semaines un liquide brun foncé.

C'est vers l'âge de 15 ans que l'intellect commence à être atteint. La malade n'avait plus conscience d'elle-même, ni de ses actions, étant très agitée. Après plusieurs semaines de cet état, guérison. Toutefois, la malade n'a conservé aucun souvenir de toute cette période de sa vie. Depuis lors, plusieurs attaques du même genre avec l'agitation en moins. Au moment des attaques, son état mental est celui d'un enfant (elle s'amuse avec des jouets, etc...). Cet état dure chaque fois une semaine au moins. Les intervalles où l'intelligence reste complète, ont duré quatre à cinq mois, mais toute l'année dernière ils n'ont guère dépassé quinze jours environ, les attaques devenant de plus en plus fréquentes. Chacune des attaques est annoncée par des prodromes que la malade connaît bien. Elle sent quelque chose d'indéfinissable qui lui traverse le corps en remontant vers la tête. Caractère épileptiforme de la crise au début. Perte complète de la connaissance. Chute souvent avec contusion ou plaie. Puis convulsions qui atteignent leur paroxysme au bout de quelques minutes. À ce moment, la malade paraît tranquille; mais elle ne recouvre ses sens que quelques jours après. Elle ne se rappelle pas ce qu'elle a fait ou dit pendant tout ce temps-là.

(1) 20 stones : 126 k. 980.

A 16 ans, elle alla voir un docteur qui la traita avec des extraits thyroïdiens. A peu près au même moment, affection oculaire mal déterminée qui s'accompagnait de vives élancées. En peu de temps, amaurose assez complète pour ne permettre à la malade de ne distinguer que le jour et la nuit.

Nouveau traitement thyroïdien. — Réapparition de la vision au niveau de l'œil droit après quatre mois de traitement, l'œil gauche conserva beaucoup plus longtemps son amaurose. Pendant toute la durée de cette cécité, les attaques cessèrent complètement, pour reprendre aussitôt après le retour de la vue.

A 29 ans, le poids était encore de 20 stones. Depuis le début de la maladie, elle n'a jamais cessé de ressentir des douleurs dans le ventre, la région pelvienne, les lombes, les yeux et les membres. Ces douleurs ont toujours été extrêmement vives, assez vives pour tenir la malade éveillée toute la nuit ; elles sont de même nature constamment, siègent à une seule place à la fois ; enfin elles durent plusieurs heures, après quoi elles peuvent passer un jour ou deux.

Les périodes de troubles mentaux sont généralement précédées de douleurs vives dans la tête, dans les yeux, et suivies de douleurs abdominales.

Réglée à 12 ans. Intervalles des règles durent de 5 à 6 semaines. Transpirations abondantes. Soif fréquente, intense. La malade s'enrhume très difficilement.

Etat actuel. — Volume énorme de toutes les parties du corps, sauf les mains, les pieds, le visage, le cou et la tête. Poids : 19 stones 1/2. De grosses masses de graisse sous-cutanée pendent en arrière des membres, spécialement au niveau des bras et des cuisses. Infiltration diffuse, d'ailleurs, sur tout le pourtour des membres. Le doigt qui presse ne détermine pas la formation d'un godet. La figure est assez ronde et assez grosse, son volume est insignifiant comparativement au corps ou aux membres. Les cheveux sont très longs, non cassants ; les cils et les sourcils sont normaux. Les ongles n'ont rien de particulier. La peau n'est ni pâle, ni anormalement colorée ; elle dessine par place des lignes atrophiques qui limitent sur le ventre de véritables rouleaux de graisse. Elle est moite partout.

Les yeux sont assez grands, ont une expression de tristesse. Sur chaque œil, au niveau de la partie inférieure de la cornée, se voit une petite tache blanc-opaque. Iris légèrement irrégulier sur chacun des deux yeux. Papilles optiques normales ; les vaisseaux de la papille paraissent toutefois un peu rétrécis.

Les mains et les pieds sont petits. Quelques cicatrices sur la lèvre supérieure près du nez et aux angles de la bouche, seraient dues, au dire de la malade, à une éruption qu'elle eut peu après sa naissance. Il est hors de doute que notre patiente a eu une syphilis congénitale.

Les systèmes circulatoire et respiratoire paraissent normaux. Légère sécrétion de la muqueuse buccale se ramassant sur les lèvres, surtout le matin au réveil. La langue est peut-être un peu large, mais très mince. Dents en partie cariées : 3 ou 4 ont été arrachées. Rien de particulier dans la bouche et l'arrière-bouche. Peu d'appétit, mais bonne digestion.

L'examen du ventre ne donne aucun renseignement.

L'urine est normale ; elle contient toutefois un excès de phosphate, du mucus et des cellules épithéliales. La voix est parfaitement normale. La malade parle assez doucement, comme le font, d'ailleurs, beaucoup de personnes bien portantes.

Sur tout le corps, le visage et les membres la sensibilité au toucher, à la température et à la douleur, est affaiblie. En certains points même, la malade ne sent pas du tout la piqure d'une épingle, et ne peut discerner une eau très froide avec une eau très chaude.

Les masses graisseuses sont tellement douloureuses que la malade ne peut souffrir la moindre palpation. Faiblesse musculaire excessive. Le dynamomètre entre ses doigts ne bouge que de quelques degrés. La marche est très difficile.

Les réflexes rotuliens et plantaires sont abolis, ce qui peut tenir à une *faiblesse sheer*.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, on prend différentes mensurations. Au niveau de l'ombilic, la circonférence est de 50 pouces, sous les aisselles de 40 pouces $\frac{3}{4}$. Le bras gauche mesure 20 pouces, le droit 20 pouces $\frac{1}{2}$. Quelques jours après l'entrée à l'hôpital, réapparition des troubles mentaux, excitation intense pendant quelques heures. La malade

fait grand tapage, refuse de rester dans son lit. Dans les 24 heures qui suivirent, elle devint une véritable enfant, déclarant n'avoir que 5 ans, jouant avec une poupée et plusieurs autres jouets. Elle donnait, en outre, un nom qui n'est pas le sien. Là-dessus, sommeil, après quoi elle redevient ce qu'elle était normalement.

La malade reste six semaines en observation à l'hôpital. Aucun changement dans son état. Par deux fois elle a présenté ces troubles de la mentalité. La diète, essayée dès le début, n'a amené aucune modification de son poids. On essaye ensuite le traitement par les préparations thyroïdiennes, traitement qu'on dut arrêter bientôt à la réception d'une lettre du docteur Colmer qui avait lui-même, chez notre sujet, tenté sans résultat le traitement thyroïdien.

OBSERVATION IX

HALE-WHITE. — *British Medical Journal* (décembre 1899).

Une femme de 36 ans, mariée, bien portante, ne présentant aucune espèce de lésion, est projetée d'une voiture à la suite d'une collision, et perd connaissance. Elle est amenée chez elle en voiture. Pendant quelque temps, reste incapable de bouger seule. Plus tard elle est à même de s'asseoir dans une chaise à porteurs et de se promener avec des béquilles. La tuméfaction apparaît 14 jours après l'accident. La malade se plaint de vives douleurs.

Au moment de notre examen, un an après l'accident, elle a de la peine à se tenir debout sans être aidée, et elle ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles. La pression superficielle de la peau provoque de la douleur dans le bas des régions dorsale et lombaire et au niveau de la région sacrée et coccygienne; douleur également par la pression des masses musculaires du bassin et du tronc. On note une mollesse spéciale des tissus au niveau des régions sacrée et lombaire, moins prononcée à droite qu'à gauche. Même mollesse au palper sur le côté gauche de la poitrine. En imprimant une secousse à la

malade, on détermine de la douleur au niveau de la région lombaire. La flexion du tronc cause de la douleur au même niveau, surtout la flexion du tronc à gauche. La malade étant assise sur une chaise, si on essaie d'étendre ses membres inférieurs, on provoque de la douleur sur la face postérieure des jambes et des cuisses. Les réflexes patellaires sont très exagérés. On note un certain degré d'analgésie du bras gauche, de la jambe gauche et du côté gauche du tronc ; d'ailleurs, aucune zone au niveau des seins ou des ovaires ; pas de diminution du champ visuel.

Sur l'avant bras gauche, on découvre 7 ou 8 petites tumeurs, d'un volume qui varie entre celui d'une noisette et celui d'une noix, très molles au palper, et constituées en apparence de tissu graisseux. Leur palpation cause de très vives douleurs. La malade ne se serait aperçu de leur présence que six semaines environ après l'accident. Depuis lors elles sont devenues de plus en plus volumineuses et douloureuses.

La malade ajoute qu'elle souffre vivement de la tête au niveau de la région occipitale ; qu'elle a parfois une sensation de constriction de toute la tête avec vertige et, par moments, avec sensations de bruit de cloches dans les oreilles. Maux de reins très marqués.

La nuit, elle dort mal, a de la peine à s'endormir ; son sommeil est coupé d'affreux cauchemars. Son état est toujours plus mauvais le matin. Elle a de la dilatation de l'estomac et de la constipation habituelle. Epreuve fréquemment des palpitations de cœur, surtout après un mauvais rêve. La miction est plus fréquente, surtout la nuit. La transpiration se fait sans peine.

Un second examen, neuf mois après environ, a permis de constater une diminution des symptômes se rapportant à la contusion de la colonne. Les masses douloureuses sur le bras gauche persistent sans modification appréciable de leurs dimensions. En outre, ont apparu des tumeurs volumineuses, étalées sur la partie inférieure du dos et de la région sacrée, molles et douloureuses au palper comme les premières, mais plus volumineuses qu'elles.

OBSERVATION X

V. GIUDICEANDREA. — *Rivista di Patologia nervosa e mentale* (1900).

T..., Philomène, paysanne, âgée de 44 ans, née à Pentima, habitant à Castel-Guido.

Anamnèse. — Rien du côté héréditaire ou familial. Elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de 18 ans; mais, à cette époque, elle fit une chute, tombant d'une certaine hauteur sur sur le flanc gauche; à part des contusions locales, elles n'eurent pas de troubles notables.

Réglée toujours régulièrement; mariée à 20 ans. Elle eut une fausse couche à la suite de laquelle elle ressentit au bas-ventre des douleurs qui durèrent environ trois ans, puis cessèrent spontanément. Excellente santé ensuite jusqu'en 1892.

Cette année là, sans aucune cause appréciable, elle commença à ressentir une forte douleur dans la région sacrée et sur la fesse gauche avec irradiation le long du membre inférieur du même côté.

Envoyée faire une cure de bains chauds, son état s'aggrava encore. Les douleurs étaient si vives que l'on dut faire des piqûres de morphine et, en outre, à l'hôpital de Sulmona, des pointes de feu. Elle s'améliora un peu, mais continua à accuser, de temps en temps, dans les régions indiquées, des sensations de piqûres douloureuses. Depuis quelque temps, elle ressentait en outre de légères douleurs à la fesse droite. En 1894, les cheveux tombèrent presque tous en quelques jours, en même temps que les douleurs à la fesse et à la cuisse gauche, devenaient plus violentes; puis ces douleurs disparurent peu à peu et alors les cheveux repoussèrent rapidement. Il semble que, dans la même année, la malade ait eu une crise de coliques néphrétiques (vives douleurs lombaires, urines rares, hémorrhagiques, avec sable au fond du vase).

Elle était, à cette époque, plutôt maigre et se souvient que s'étant pesée par curiosité en 1896, elle avait un poids de 58 kgr.

Rien de spécial jusqu'au commencement de 1897. A cette époque, les douleurs du côté gauche s'accrurent avec irradia-

tions jusqu'aux deux derniers orteils. Elles se manifestèrent, mais beaucoup moins vives, sur la fesse et le membre inférieur droits; puis durant l'hiver s'étendirent à l'abdomen, au thorax, aux seins, aux épaules et aux bras, respectant à peu près les avant-bras et complètement les mains.

Simultanément, un autre phénomène se produit: dans les premiers mois de 1897, en effet, la couche adipeuse sous-cutanée de la fesse gauche, siège initial des douleurs, prend un développement anormal; bientôt la cuisse du même côté est atteinte, créant ainsi une grosse disproportion entre les deux moitiés du corps la fesse et la cuisse droites ayant conservé leur volume normal. Mais, peu à peu, la fesse droite s'accroît, en même temps que les douleurs deviennent plus fortes et, rapidement elle est égale à la fesse gauche. Bientôt la cuisse droite et les deux jambes sont atteintes, les pieds seuls restant normaux.

L'augmentation de volume, accompagnant toujours les étapes douloureuses, intéresse bientôt la paroi antérieure de l'abdomen, les flancs, les seins qui triplent de volume en devenant très sensibles. C'est ensuite le tour des parois thoraciques et des épaules, des bras, de la partie supérieure des avant-bras, les poignets et les mains restant indemnes. La face fut intéressée, mais le cou resta normal, sauf un peu de gonflement au niveau des sterno-cleido-mastoidiens.

Les douleurs empêchaient la malade de se mouvoir et rendaient la marche très difficile, si bien que tout le monde s'étonnait que, sujette à tant de souffrances, la malade pût engraisser dans de telles proportions. De nouveau les cheveux tombèrent, mais cette fois ne repoussèrent que lentement.

Le malade se plaignait de temps à autre de sensations lumineuses dans les yeux qui, en outre, étaient légèrement congestionnés. Elle accusait des fourmillements aux extrémités et des soubresauts, la nuit, interrompaient son sommeil.

Jamais de fièvre.

Jamais de troubles mentaux.

Après de nombreuses alternatives d'amélioration et d'aggravation, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen: coloration jaune pâle de la face et des muqueuses. — Légère circulation complémentaire sur les seins et les

régions malaires. La peau paraît normale, plutôt mince, les sillons physiologiques sont bien marqués. Sur le dos des mains, petite plaque de xérodermie.

Sur presque toute l'étendue du corps le tissu cellulaire sous-cutané apparaît anormalement développé. Aux deux mains, les éminences thénar et hypothénar, augmentées de volume spécialement à droite, rendent plus évidente la dépression médiane de la paume. Sur l'avant-bras, hyperplasie uniforme du tissu graisseux, moins marquée au niveau du coude, plus accusée au bras, surtout à droite.

Sur le cou, la graisse est moins abondante qu'ailleurs, on en trouve un peu sur les côtés, au-dessous des mâchoires, et sur la nuque; rare dans les fosses sus-claviculaires, elle apparaît légèrement sur les pommettes.

Au tronc, la stéatose est notable, particulièrement à droite, les seins surtout sont très gros, comme turgides, avec la peau tendue. Adipose légère au niveau de l'épigastre, abondante sur les flancs à tel point que, lorsque la malade est dans le decubitus dorsal, la peau se dispose en trois gros plis séparés par des sillons assez profonds, et dirigés obliquement de l'abdomen vers l'aisselle, sous laquelle on trouve un autre pli large et saillant qui semble se continuer directement avec la saillie des seins.

La paroi abdominale est très développée et retombe, de sorte que l'ombilic est abaissé et dévié à droite. Pour plisser la peau en cet endroit, il faut se servir de toute la main largement étendue.

Immédiatement au-dessus du pubis on remarque deux sillons parallèles entre eux, distant d'un centimètre environ, symétriquement disposés sur les côtés de l'abdomen, légèrement convexes en bas et s'étendant d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre.

Les fesses sont saillantes, turgides; la peau est tendue à leur niveau.

Les fossettes médianes ordinaires de la région lombaire sont peu évidentes. Les cuisses sont très grosses; de chaque côté du ligament rotulien, coussinets adipeux saillants. Adipose discrète au niveau des mollets et à la face externe de la jambe, notamment à gauche. Le cou-de-pied gauche est très épaissi, celui de

droite l'est moins. Quant aux pieds, leur face dorsale est normale, la face plantaire est un peu rembourrée.

Contrastant avec une telle hyperplasie du tissu cellulaire sous-cutané, le système pileux est peu développé. Les cheveux sont fins, droits et grisonnants; duvet très rare sur le reste du corps et, çà et là, faisant tache, quelques touffes de poils. Poils rares dans l'aisselle, discrets sur le pubis.

En piquant la peau en certains points, on provoque une suffusion hémorrhagique persistant plusieurs jours et subissant les changements de coloration ordinaires en pareil cas.

Les muscles sont difficilement palpables, à cause de l'épaisseur des téguments. Pas de déformation du squelette.

Le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume.

Aucun signe de maladie contagieuse.

Motilité. — Dans le decubitus dorsal, la malade réussit assez bien à soulever la jambe droite, moins facilement la gauche qui est plus douloureuse. Il lui est très pénible de se tourner sur un côté. Invitée à s'asseoir sur son lit, elle le fait lentement et ne peut mettre le tronc à angle droit avec les membres inférieurs. Si elle essaie, étant assise, de toucher ses pieds avec ses mains, elle ne peut arriver qu'à mi-jambe.

Elle descend du lit avec difficulté, mais se tient bien droite sur ses pieds, sans vaciller, même les yeux fermés.

La marche s'accomplit à pas lents, le pied à peine détaché du sol; la malade ne peut s'appuyer longtemps sur les pieds et marche avec un balancement latéral du tronc très marqué. En somme, sa démarche ressemble à la démarche en canard des ostéomalaciques; elle est légèrement spasmodique.

Mouvements des membres supérieurs du cou, de la langue et des yeux, normaux.

Examen dynamométrique : 55 à droite, 45 à gauche.

Réflexes cutanés et tendineux conservés; pas de clonus du pied. Le chatouillement de la plante des pieds provoque la flexion des orteils. Réflexes pharyngien et cornéen normaux. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Sensibilité. — La sensibilité tactile est exquise sur toute la surface du corps. La sensibilité à la douleur est notablement augmentée et, d'autant plus, que l'adipose sous-cutanée est plus accusée. On peut s'en rendre compte à l'aide d'une épingle : sur

l'avant-bras, l'hyperesthésie commence vers le tiers inférieur, là où le tissu sous-cutané commence à s'épaissir. La palpation, même superficielle, est douloureuse ; la douleur est plus vives, on palpe profondément et si on essaie de plisser les téguments. Il est impossible de se rendre compte, si la douleur suit le trajet des troncs nerveux. Pas d'hyperesthésie osseuse appréciable.

Le compas de Weber donne les résultats suivants : les pointes mousses sont perçues toutes deux à 1/2 cent. sur la pulpe des doigts, sur la paume de la main, sur la pointe de la langue et les lèvres, mais non sur les commissures labiales et sur le front ; à 1 cent. sur les commissures labiales et sur le front ; à 1 cent. 1/2 dans les régions zygomatiques, sur le menton, le dos des mains, la région plantaire ; à 2 cent. sur les joues et sur le côté radial de l'avant-bras gauche ; à 3 cent. sur les tempes et les régions massétérides ; à 4 cent. sur les oreilles et les malléoles ; à 5 cent. sur le sternum, les seins et la face interne des cuisses ; à 6 cent sur le reste du corps. — Avec les pointes aiguës, on a à peu près la même progression, mais la perception générale s'obtient à 5 cent.

La sensibilité thermique est en raison inverse de la sensibilité douloureuse : elle est d'autant plus exquise que l'adipose est moins abondante.

Rien de spécial du côté des organes des sens, sauf une légère diminution de l'ouïe à gauche ; ce fait date, d'après la malade, de 4 ans environ, du moment où ont commencé les premiers symptômes douloureux.

Sens musculaire : normal.

Examen électrique : très douloureux ; pas de réaction de dégénérescence.

Examen du sang : Hb : 60. — Globules rouges : 3,600,820. — Globules blancs : 9,834.

Organes internes : légère hypertrophie du cœur. — Foie et rate un peu augmentés de volume.

Urines : poids spécifique oscillant entre 1016 et 1022. — Quantité en 24 heures variant entre 1 litre et 1 litre 1/2. — Pas d'éléments anormaux. Urée plutôt rare.

Poids du corps : 69 kilos 400 (22 juin 1899).

Examen psychique : rien d'anormal.

Résumé du traitement: la malade prend 3 tablettes de thyroïdine du 22 au 26 juin, 5 jusqu'au 1^{er} juillet, 6 jusqu'au 6 juillet.

Le poids du corps, le 6 juillet, est de 68 kilos 800.

La malade continue à accuser les douleurs spontanées et à la pression sur les points adipeux. Les tablettes sont suspendues deux jours, puis continuées au nombre de six par jour jusqu'au 15.

On les suspend à cause de légers troubles gastriques jusqu'au 20, puis on les reprend jusqu'au 27 juillet; nouvelle suspension du traitement à cause de vomissements.

Le poids du corps, le 22 juillet, est de 65 kilos 700. On constate que l'adipose a diminué en plusieurs points du corps; les douleurs à la pression sont moindres. La malade se meut plus facilement, mais se plaint toujours de douleurs spontanées le long du sciatique droit. Les urines restent rares et le taux de l'urée plutôt faible.

Pendant tout le mois d'août, elle prend, avec de petites interruptions 3 tablettes par jour. Le poids du corps, le 6 août, est de 65 kilos 900; le 3 septembre, il est de 63 kilos.

Les douleurs le long du sciatique droit persistent, mais diminuent d'intensité. Les douleurs à la pression ont notablement diminué. Pendant le mois de septembre, on donne à la malade de la décoction de quina, de la strychnine et un bain chaud tous les deux jours.

Un nouvel examen, pratiqué le 26 septembre, donne les résultats suivants :

La peau est moins tendue, facilement soulevable en plis. La paume de la main est plus plane, par suite de l'aplatissement des éminences thénar et hypothénar, les bras et les avant-bras moins gros; la figure est plus maigre, varicosités plus marquées sur les pommettes; les seins sont plus flasques et tombants, le ventre moins proéminent, les plis latéraux du tronc diminués; les fesses sont moins saillantes, mais la droite paraît plus volumineuse que la gauche. La diminution de l'adipose sous-cutanée est beaucoup plus marquée aux membres supérieurs.

Dans le décubitus dorsal, la malade soulève plus facilement les talons au-dessus du plan du lit, mais pas encore d'une

façon parfaite ; elle se tourne avec facilité sur le flanc et descend aisément du lit ; elle marche à pas plus rapides, en soulevant mieux la plante, et le dandinement latéral du corps paraît diminué. Tous ces mouvements provoquent peu de douleur.

Examen dynamométrique : 60 à droite, 45 à gauche.

Les réflexes n'ont pas subi de modification. La sensibilité tactile se maintient normale ; la douleur à la palpation est supportable, comparée à ce qu'elle était autrefois au niveau des zones adipeuses les plus épaisses. On réussit à palper les muscles qui ne semblent pas altérés ; seuls les muscles thénar et hypothenar sont un peu atrophiés.

La palpation sur le trajet des troncs nerveux éveille de la douleur aux points d'émergence du sciatique, spécialement à droite, le long de ce nerf, ainsi que sur le trajet de l'obturateur et du crural. Aux membres supérieurs, le médian paraît un peu douloureux, le cubital moins. Légère sensibilité sur les rameaux du trijumeau et à l'émergence du facial.

Les deux pointes du compas de Weber sont perçues partout distantes de 4 cent.

Se trouvant un peu améliorée, la malade, le 14 octobre, veut quitter l'hôpital. Ce jour là, on la pèse de nouveau : 64 kil. 300.

Elle retourne dans son pays et prend, pendant environ 20 jours, des tablettes de thyroïdine. Le 1^{er} décembre, elle nous fait savoir qu'elle souffre toujours le long du sciatique droit et qu'elle pèse environ 700 gr. de plus qu'à sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XI

MM. GALLAND et GARAND (1).

Femme B..., âgée de 48 ans, mariée, demeurant à Roche-la-Molière.

Son père a toujours joui d'une bonne santé, il est mort d'un

(1) Nous remercions M. le Dr Galland, de Roche-la-Molière, de l'amabilité avec laquelle il nous a fourni cette observation.

accident à 44 ans. Sa mère est morte à 54 ans d'un cancer du sein.

Grand-père et grand-mère maternels morts à 85 ans. Oncles et tantes bien portants.

La malade a toujours bien été réglée, sauf depuis deux ans. Six enfants à terme dont un mort d'urémie scarlatineuse à 8 ans, un autre du croup à 3 ans ; une fillette de 9 ans, chétive, pâle, dyspeptique. Les autres enfants sont robustes.

Pas de syphilis ; attaque de rhumatisme il y a 19 ans.

Depuis 18 ans, c'est-à-dire depuis l'âge de 30 ans, cette femme présente des tumeurs multiples sur l'avant-bras gauche. A mon premier examen, au mois d'août 1900, l'état de la malade était le suivant :

Sur l'avant-bras gauche : trois tumeurs de la grosseur d'une pêche, sur le trajet du long supinateur, une tumeur de la grosseur d'une noisette sur le trajet de l'artère radiale, à quatre travers de doigts au-dessous du pli du coude ; une autre tumeur en dedans de la première au même niveau ; une tumeur bilobée au-dessous de l'épitrachlée un peu en dedans et sur la face dorsale de l'avant-bras. Cette tumeur, du volume d'une orange, gêne beaucoup les mouvements parce que le coude gauche heurte le thorax. D'autres tumeurs multiples, variant du volume d'un petit pois à celui d'une noisette, sont échelonnées sur le trajet du muscle cubital antérieur : il y en a une dizaine. A la face postérieure de l'avant-bras gauche, on trouve une dizaine de petites tumeurs à relief peu accusé.

Sur l'avant-bras droit : les tumeurs n'ont fait leur apparition que depuis quatre ans. On en trouve cinq petites sur le trajet de l'artère cubitale antérieure, une sur le trajet du nerf médian, une autre à 4 centimètres au-dessus du poignet, en dehors du tendon du grand palmaire, cinq petites sur le bord interne de l'avant-bras, deux sur le milieu de la face postérieure. Toutes ces tumeurs sont plus petites que celles de l'avant-bras gauche, seule une tumeur du bord interne a le relief d'un haricot.

La consistance de ces tumeurs est intermédiaire entre le lipome et le fibrome, mais se rapproche bien plus de celle du lipome. Depuis que je soigne cette malade (août 1900) je n'ai jamais vu ni pigmentation, ni éruption, ni rougeur. Jamais de

douleurs suivant exactement le trajet de quelques gros troncs nerveux. En revanche, elle a eu des crampes douloureuses dans les avant-bras, mais des crampes envahissant toutes les parties du membre indistinctement.

Malgré ces tumeurs, l'état général a toujours été excellent ; la malade est grande, forte, très active, n'a jamais eu ni lassitude, ni dépression nerveuse, aucun symptôme d'asthénie.

Elle a un petit goître charnu.

La ménopause a fait son apparition en janvier 1901.

Depuis 18 ans que je la soigne, je n'ai jamais noté de maladies sérieuses. Cet hiver (1901), elle s'est plainte de douleurs rhumatoïdes aux épaules sans propagation au bras, ni à l'avant-bras.

Le diagnostic de cette affection était difficile. Était-ce de la neuro-fibromatose ? Mais alors elle était fruste et, d'ailleurs, la malade ne présentait aucun signe d'asthénie ; était-ce de la lipomatose ? Le caractère des tumeurs devait y faire songer. Quant aux névromes, la distribution même des tumeurs en excluait l'idée.

Dans mon embarras, j'adressai la malade à M. le docteur Garand, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne et médecin-consultant de la Société de secours mutuels dont cette femme fait partie. Le docteur Garand pensa à la lipomatose et donna comme traitement de l'extrait de corps thyroïde (thyroïdine Chaix).

La malade en est actuellement à son sixième flacon de thyroïdine Chaix, chaque flacon contenant cent tablettes. Ce dernier est à sa fin. Les doses ont commencé par quatre tablettes par jour en deux fois et n'ont jamais dépassé sept tablettes ; je n'ai même pas pu rester longtemps à cette dose à cause de la tachycardie. On peut dire que la dose moyenne a été de cinq tablettes par jour.

Le traitement a commencé le 1^{er} octobre 1900 et continue toujours au 27 mai 1901. Il y a eu un mois de suspension en février à cause d'une diarrhée rebelle qui résistait aux moyens ordinaires.

Actuellement l'état général de la malade est toujours excellent ; elle a un peu maigri ou plutôt elle a perdu la plus grande partie d'un embonpoint qui, sans être exagéré, gênait

un peu son travail. En tout cas, les tumeurs ont beaucoup diminué de nombre et de volume.

Vers la fin de mai 1901, voici ce que l'on constate :

A droite : tout est à peu près disparu. En appuyant fortement le pouce le long de l'avant-bras comme pour faire un massage, on a la sensation qu'il existerait encore comme quelques grains de la grosseur d'une lentille.

A gauche : même sensation pour les tumeurs qui, autrefois, avaient le volume d'une noisette. Les plus grosses, celles qui avaient le volume d'une pêche, sont déprimées, aplaties et réduites au sixième de leur grosseur primitive. Le résultat a été surtout appréciable pour la tumeur, du volume d'une orange située au niveau de l'épitrôchlée, elle ne vient plus comme auparavant frotter contre les flancs dans les mouvements du bras.

Jamais de tumeur, ni aux mains, ni aux pieds, ni à la face, ni au cou. Petite néoplasie de la grosseur d'une noix à quatre travers de doigt au-dessus du genou droit.

On aurait peut-être pu augmenter les doses de thyroïdine, mais la tachycardie contre laquelle j'ai eu plusieurs fois à lutter, et la difficulté de surveiller la malade chaque jour, m'ont engagé à ne donner que des doses inoffensives. D'ailleurs, ces doses suffissent à amener une amélioration très appréciable.

J'avais pensé à faire pratiquer une biopsie qui eût été des plus intéressantes ; malheureusement toutes les exhortations ont été vaines.

OBSERVATION XII

(Personnelle.)

P..., Joseph, âgé de 32 ans, mineur.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 34 ans d'accident. Au dire du malade, il était robuste et ne faisait pas d'excès alcooliques.

Sa mère, actuellement âgée de 59 ans, se porte bien. Elle n'a jamais eu de fausse couche. Il y a quelques années, elle a subi

une opération de nature indéterminée sur l'oreille. N'est pas buveuse.

Une sœur bien portante ; une autre morte à 18 mois. Deux frères morts, l'un à 5 ans, d'une affection aiguë de la poitrine, en huit jours, l'autre à 20 ans, d'une affection inconnue du malade.

Oncles et tantes bien portants ; tous ses parents sont plutôt maigres ; pas d'obèses dans sa famille.

Antécédents personnels. — Pas de maladie d'enfance. — Accepté au Conseil de révision, a fait 4 mois de service comme fils aîné de veuve.

A fait successivement les métiers de serrurier, mécanicien, jardinier ; depuis 10 ans, il travaille à la mine.

A eu la chaudepisse à 18 ans. Il nie tout autre accident vénérien, mais on trouve sur le bord du prépuce, une cicatrice bronzée de la dimension d'un petit pois, dont le malade ne peut expliquer l'origine. Ne paraît pas avoir eu d'autres accidents spécifiques. Pas de stigmat de vérole.

Marié à 27 ans, divorcé après deux ans de mariage. Il a toujours vu sa femme en bonne santé. Il a eu d'elle une fille qui est actuellement âgée de 9 ans et se porte bien. Sa femme n'a jamais eu de fausse couche.

Remarié à 30 ans avec une femme également divorcée ayant eu de son premier mariage une fille âgée aujourd'hui de dix ans et en bonne santé. Sa seconde femme n'a jamais eu avec lui ni enfant, ni fausse couche. Elle se porte bien.

Notre malade boit en moyenne deux à trois litres de vin par jour et de temps à autre de l'eau-de-vie et de l'absinthe. Souvent la nuit, il a des cauchemars et des rêves professionnels ; pas de zoopsie ; pas de tremblement des mains.

Jamais d'affection qui l'ait obligé à garder le lit. — Il aurait eu, il y a 7 ou 8 ans, quelques crachats striés de sang, mais sans modification de l'état général, sans, pour cela, cesser son travail à la mine. Ils ne se sont pas reproduits.

Le début de l'affection actuelle semble remonter au mois de *septembre 1899*. A cette époque, il fut pris de courbature générale avec fièvre et troubles digestifs. Après quelques jours de repos, il tenta de reprendre son travail, mais est bientôt obligé de l'abandonner. De vives douleurs se faisaient sentir

au niveau du bras gauche et dans la région de l'hypocondre droit. Son attention attirée sur ces divers points, il découvrit de petites nodosités douloureuses, de la dimension d'un gros pois à celle d'une noisette, au nombre de 4 ou 5 à la face antérieure de l'avant-bras gauche et de 6 ou 7 au niveau de l'hypocondre droit.

Bientôt, de nouvelles tumeurs, identiques aux premières, apparurent sur diverses parties du corps. Le malade éprouvait d'abord des sensations de piqure, de chaleur dans les téguments et, peu après, l'exploration de ces régions douloureuses lui faisait découvrir des nodules de volume variable, tous douloureux spontanément et à la pression. Progressivement, ces néoplasies s'accroissaient jusqu'à atteindre parfois le volume d'un gros œuf de pigeon ou d'un petit œuf de poule.

Lorsque le malade ne se fatigue pas, ces nodosités sont peu douloureuses, mais au moindre travail, elles augmentent de volume et deviennent tellement douloureuses qu'elles l'obligent à cesser son ouvrage.

Jamais il n'a constaté de modification de la peau à leur niveau.

En cinq ou six mois ces néoplasies se multiplièrent considérablement se cantonnant de préférence sur les membres et sur la paroi antérieure du thorax.

Les pieds, les mains, la face et le cou en furent toujours indemnes.

Depuis le début, les forces du malade ont beaucoup diminué; *il se plaint d'une asthénie considérable*; le moindre travail le fatigue et s'accompagne d'une transpiration abondante.

Autrefois, au contraire, il était robuste et soulevait facilement 150 à 200 kilog.

En présence de ces symptômes inquiétants et sur les conseils d'un médecin, le malade vient à l'Hôtel-Dieu de St-Etienne, à la consultation de chirurgie du docteur Blanc, au mois de *décembre 1899*.

A cette époque, on constate la présence de nombreuses tumeurs, surtout au niveau des avant-bras, à la face externe des cuisses et à la partie supérieure des lombes et des flancs. Elles sont de volume très variable; les deux plus grosses attei-

gnent les dimensions d'un petit œuf de poule et sont situées à la partie moyenne de la face antérieure de chaque avant-bras. Leur volume moyen est celui d'une noisette.

Ces néoplasies semblent libres de toute adhérence, soit avec la peau, soit avec les tissus sous-jacents; les unes sont mollasses, d'autres plus dures, élastiques. Quelques-unes paraissent suivre, assez grossièrement d'ailleurs, le trajet de quelque gros tronc nerveux (crural, médian) mais la plupart sont disséminées sans ordre apparent. On n'en peut découvrir à la face, ni au cou, ni à la poitrine. Les pieds et les mains en sont dépourvus.

Anesthésie locale au chlorure d'éthyle et ablation d'une de ces petites tumeurs située sur le bord externe de l'avant-bras gauche. La peau incisée, elle s'énuclee facilement comme une tumeur encapsulée. Envoyée à Lyon, au laboratoire de M. le professeur Tripier, l'examen en a été pratiqué par M. Gallavardin, qui nous a adressé le résultat suivant : « La tumeur encapsulée est constituée en totalité et uniquement par de la graisse. C'est à peine si l'on voit entre les vésicules adipeuses quelques fins tractus conjonctifs contenant les vaisseaux destinés à nourrir la masse lipomateuse ».

Le malade refuse d'entrer à l'hôpital. On institue alors un traitement intensif à la liqueur de Fowler. Au bout de trois semaines, Joseph P... revient à la consultation; les néoplasies ont quelque peu diminué, mais doit-on attribuer ce résultat à l'arsenic ou au repos gardé par le malade? Quoi qu'il en soit son asthénie est bien moindre. Une des plus grosses tumeurs siégeant à la face antérieure de l'avant-bras gauche est tellement douloureuse qu'il demande son ablation.

Huit jours après (5 janvier 1900), le malade vient encore demander qu'on lui enlève trois tumeurs excessivement douloureuses à la face antérieure de l'avant-bras droit. Il continue de prendre de la liqueur de Fowler.

Le 18 janvier 1900, les douleurs sont toujours très vives aux bras et aux jambes au niveau des tumeurs. Pendant l'effort, les douleurs atteignent leur maximum d'intensité et les tumeurs augmentent nettement de volume. En somme, pas d'amélioration bien appréciable.

Malgré ses promesses de revenir souvent à la consultation,

le malade ne se montre plus. Il reste plus d'un an sans venir à l'Hôtel-Dieu. Ce n'est que le 28 mars 1901, que, devant la persistance de son état, il se décide à entrer à l'hôpital. Il y est reçu au pavillon 12, salle C. D., dans le service de M. le docteur Roux.

Interrogé sur ce qui s'est passé depuis la dernière fois que nous l'avons vu (janvier 1900), le malade nous raconte qu'il n'a jamais pu travailler d'une façon suivie, tant à cause des douleurs exagérées par l'effort, qu'à cause de son asthénie. De nouvelles tumeurs sont apparues sur divers points du corps, si bien que maintenant il en est couvert.

Examen somatique. — Faciès coloré avec quelques varicosités sur les pommettes. Exophtalmie notable. Un peu de blépharite glandulo-ciliaire. Le malade dit que, depuis quelque temps, ses muscles ont diminué de volume et nous montre ses biceps réduits de moitié, d'après lui.

Corps thyroïde un peu augmenté de volume; au niveau de l'isthme, il forme un noyau de la grosseur d'une noix (peut-être kystique).

Les tumeurs adipeuses sont disséminées sur tout le corps. Elles sont surtout abondantes sur les avant-bras, les cuisses et la paroi antérieure du thorax (voir les figures I et II).

Leur volume varie généralement de la dimension d'un pois à celle d'une noix. Les plus volumineuses seules sont appréciables à la vue, il faut rechercher les autres par la palpation; cependant, à un examen plus attentif, on voit que souvent un léger lacis veineux bleuâtre sous-cutané, trahit la présence des néoplasies, même les plus petites.

Là où les tumeurs ont été enlevées, on trouve de petites cicatrices, couleur jambon, souples, non adhérentes aux plans sous-jacents et qui sont quelquefois le siège de démangeaisons.

Si on palpe ces tumeurs, on se rend compte que toutes ne donnent pas la même sensation; les unes sont molles, pâteuses; les autres plus dures, finement lobulées, rénitentes, élastiques; d'autres donnent la sensation du varicocèle ou d'un paquet de ficelle mouillée; d'autres enfin ont la consistance de l'œdème dur. Et tandis que quelques-unes ont des limites précises, sont véritablement encapsulées, les autres ont des contours indécis



FIG. I

Ces figures sont dues à la plume de notre ami Belbèze, interne des
Hôpitaux de St-Etienne

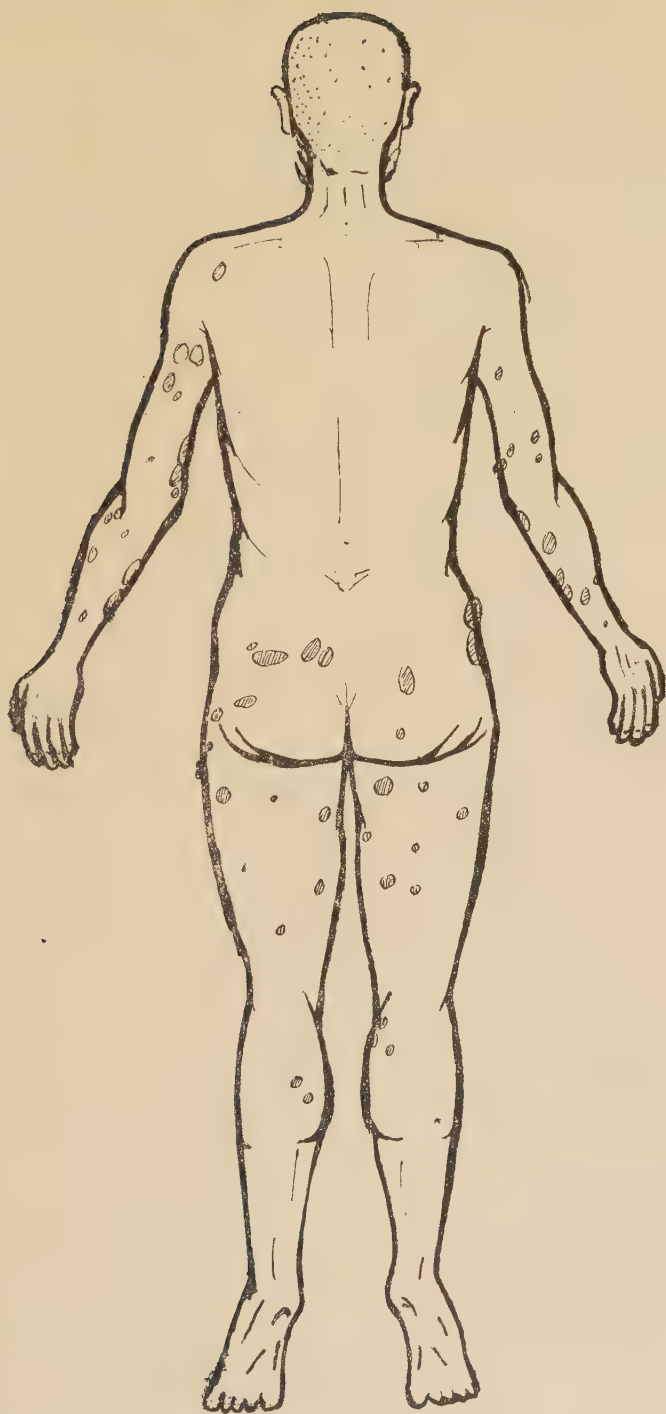


FIG. II

et semblent se continuer avec les tissus voisins. — Toutes sont plus ou moins douloureuses à la palpation.

La peau à leur niveau paraît saine; à noter seulement le réseau veineux bleuâtre, très fin, qui sillonne la peau à leur endroit. Elle adhère très lâchement aux tumeurs, on peut la plisser légèrement, mais si on la déplace elle entraîne la tumeur avec elle. La mobilité des néoplasies sur les plans profonds est absolue.

Ces noyaux sont douloureux surtout quand le malade travaille et d'autant plus que le travail est plus pénible. A ce moment, les bras sont plus gros que normalement et les mains sont à « pleine peau » comme s'il y avait de l'œdème. Au moindre écart de régime, les douleurs deviennent plus vives.

Au moment de leur formation, ces petites tumeurs débutent par un peu de rougeur de la peau et une très légère tuméfaction de la grosseur d'une lentille; puis elles s'accroissent progressivement. La douleur se fait sentir aussitôt qu'elles s'accompagnent de phénomène œdémateux.

Motilité. — Pas de trouble autre que l'asthénie. Le dynamomètre donne 52 à droite et 40 à gauche.

Station debout et marche normales.

Sens musculaire normal.

Réflexes rotuliens un peu exagérés.

Réflexes achillaire, crémastérien et masseterin normaux. Pas de trépidation épileptoïde. Le réflexe plantaire est diminué et se fait avec un léger mouvement de flexion des orteils. — Réflexes olécranien et du long supinateur normaux.

Léger tremblement aux membres inférieurs.

Quelques soubresauts tendineux.

Sensibilité au toucher, à la douleur et à la température normale; pas de modification de cette sensibilité dans les points correspondant aux tumeurs.

Réflexes pharyngiens et cornéens conservés.

Troubles mentaux. — Pas de diminution de la mémoire. Intelligence ordinaire. Le malade raisonne assez bien; mais il se met facilement en colère sans aller jusqu'aux voies de fait. Durant son séjour à l'hôpital, il a eu plusieurs fois des discussions avec le personnel de la salle qu'il croyait mal disposé à son égard. Cependant pas d'idée de persécution vraie, pas

d'idée de culpabilité. Pas d'hallucination de la vue, ni de l'ouïe. Son sommeil est toujours agité par des cauchemars ou des rêves professionnels. Pas de zoopsie. Il ne faut pas oublier que notre malade est certainement entaché d'éthylisme.

Troubles trophiques nuls ; pas de pigmentation de la peau, pas de sclérodermie, pas de trouble du système pileaire.

Pas d'atrophie musculaire.

Pas d'asymétrie faciale ; pas de stigmate de dégénérescence.

Organes des sens. — Exophtalmie prononcée qui aurait toujours existé au dire du malade ; aucun trouble dans la musculature interne ou externe de l'œil. Les pupilles sont égales et réagissent également bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de rétrécissement du champ visuel ; pas de dyschromatopsie. Vision normale, égale pour les deux yeux.

Acuité auditive normale.

Odorat et goût normaux.

Cœur : pointe difficilement localisable, éclat exagéré du second bruit.

Pouls 70 en moyenne, régulier, d'amplitude moyenne sans hypertension. Pas de surélévation des sous-clavières, pas de trouble de la circulation veineuse, sauf quelques varices à la jambe gauche.

Poumons. — Rien en arrière ; en avant exagération des vibrations et respiration obscure au sommet droit.

Appareil digestif. — Foie normal. La sonorité stomacale s'étend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; léger clapotage. Langue normale. Ne vomit pas. Quelquefois ptiluite le matin.

Urines (1). — Volume 2325 cc³.

Densité 1014.

Réaction acide.

Sucre néant.

Albumine néant.

Urée 20 gr. 815 pour le volume.

Acide phosphorique 3 gr. 81.

(1) L'analyse des urines est due à l'obligeance de M. Ducher, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne.

Rapport 1/5.

Coefficient d'oxydation 63 pour 100.

Coefficient de déminéralisation 0.15.

Traitement. — Le malade prend des comprimés de thyroïdine, à raison de quatre par jour, pendant 15 jours en moyenne. Au bout de ce temps, les douleurs sont bien moins vives, presque nulles, mais le malade est plus agité la nuit.

On porte alors à six par jour le nombre de comprimés à prendre. Quelques-unes des tumeurs ont diminué de volume; ce sont surtout celles qui sont diffuses, malencapsulées qui ont rétrocedé; les douleurs sont toujours à peu près nulles sauf dans les efforts.

Le malade supporte bien la médication, aucun trouble dans les divers organes; vers le 6 mai, c'est-à-dire un mois et demi après son entrée, on augmente la dose et on donne huit comprimés par jour. Les heureux effets du traitement semblent vouloir s'accroître, plusieurs des tumeurs ont diminué de façon notable. On porte alors à dix comprimés la dose quotidienne; mais le malade quitte subitement l'hôpital dans un de ses moments d'énervement comme il en avait quelquefois.

Depuis, nous n'avons pas eu de ses nouvelles; nous savons seulement qu'il ne travaille plus à la mine.

Durant son séjour à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, M. le Dr Roux, on enleva une des petites tumeurs qui fut ensuite envoyée au laboratoire de M. le professeur Tripier. L'examen microscopique a été pratiqué par M. Gallavardin. Le résultat fut absolument identique à celui de la première biopsie. Voici, d'ailleurs, ce qu'il nous écrit à ce sujet: « La tumeur examinée se montre formée en entier par du tissu adipeux qui ne diffère en rien du tissu adipeux normal et adulte, du revêtement sous-cutané ou d'une formation lipomateuse.

« Il existe cependant une particularité dans ce fait que la masse lipomateuse est limitée à sa périphérie par une mince membrane fibreuse qui l'encapsule exactement. De cette même coque conjonctive partent des cloisons connectives qui se divisent et cloisonnent la masse grasseuse en loges d'inégales dimensions. Toutes ces loges sont exactement comblées par des vésicules adipeuses, intimement accolées les unes contre les autres et contenant, soit de la graisse liquide, soit des cris-

taux d'acides gras. On rencontre, dans les minces cloisons connectives qui sillonnent la masse lipomateuse, quelques fines artérioles; on ne peut y mettre en évidence, aucun nerf myélinique » (1).

OBSERVATION XIII

Ch. ACHARD ET LAUBRY. — *Revue Neurologique* (avril 1901).

Catherine L..., âgée de 79 ans, entrée le 6 mars 1901, à l'hôpital Tenon, salle Magendie, n° 15.

La malade n'a pas connu ses grands-parents. Son père et sa mère sont morts à plus de 80 ans, sans avoir eu de maladies véritables et sans avoir présenté d'obésité. Ses oncles et tantes sont morts également à un âge avancé.

Elle a eu huit frères et sœurs; l'un est mort de congestion pulmonaire à 65 ans; les autres sont morts plus jeunes, sauf une sœur qui est actuellement vivante et âgée de 80 ans.

Elle a eu cinq enfants, trois sont bien portants; les deux autres sont morts, peut-être d'alcoolisme.

Dans ses antécédents personnels, on relève une fièvre typhoïde à 23 ans et une pneumonie à 38 ans.

Il y a quinze ans, à la suite d'une chute provoquée par une violente émotion, elle entra à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Cuffer, pour une contusion de la hanche. Elle se rappelle qu'on explora à plusieurs reprises sa sensibilité. Depuis cette époque, elle a conservé une légère faiblesse du membre inférieur gauche.

A la suite de cet accident, elle eut des métrorrhagies qui survenaient irrégulièrement toutes les trois semaines environ, durant deux ou trois jours comme les règles, et qui ont cessé au bout de trois ans.

En même temps, la malade commença à ressentir des douleurs, d'abord localisées à la cuisse qui avait subi le traumatisme, puis à la région lombaire, et qui, peu à peu, se sont

(1) Nous remercions bien sincèrement notre ami et ancien chef de conférences, le docteur Gallavardin, de l'amabilité avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour nos examens histologiques.

généralisées en affectant surtout la continuité des membres. Elles étaient continues, avec de courts paroxysmes; mais elles restaient compatibles avec la marche et les occupations journalières peu fatigantes de la malade.

Il y six mois cependant, ces douleurs sont devenues plus vives, s'exacerbant par le moindre mouvement, obligeant la malade à rester allongée, déterminant une impotence complète pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital.

En découvrant la malade on est frappé de son obésité et, surtout, de la disposition des masses adipeuses qui sont distribuées sur les membres et sur le tronc, en respectant les extrémités (mains, pieds) ainsi que la face.

Aux membres inférieurs, elles forment des nodules diffus, du volume d'une grosse noix, au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, et s'étagent tout le long de la face postéro-interne de la jambe, sous forme de masses plus volumineuses, au nombre de 4 ou 5, bien limitées transversalement par des sillons assez larges qui les étranglent comme s'ils étaient dus à des brides fibreuses et mal limitées au contraire dans le sens longitudinal, en sorte qu'elles se confondent graduellement avec les tissus environnants des faces antérieure et externe de la jambe.

Aux membres supérieurs, elles manquent dans toute la partie inférieure de l'avant-bras. Au voisinage du coude, elles forment des bandes épaisses, mal limitées. C'est au bras surtout qu'elles sont développées, formant sur la face postérieure du coude à l'épaule, une masse volumineuse; l'adipose est moins accentuée sur la face antéro-externe.

Sur le tronc, l'adipose est assez uniformément répartie. On remarque, cependant, deux sillons qui délimitent les masses diffuses, l'un au niveau du bord inférieur des fausses côtes, l'autre parallèlement au pli de l'aîne.

Les masses adipeuses présentent une consistance résistante, élastique. Elles sont fort douloureuses à la pression profonde qui détermine, surtout aux membres inférieurs, d'énergiques mouvements de défense, et qui arrache même des cris à la malade. Elles sont également le siège de douleurs spontanées. La marche les provoque, de même que toute contraction musculaire; au contraire, les mouvements passifs que l'on

imprime aux jointures se font sans difficultés ni douleurs. Il n'y a ni craquements, ni déformations des articulations. On ne remarque pas d'atrophie musculaire. La station debout a lieu sans difficulté. Les réflexes rotuliens sont énergiques, surtout à gauche; la percussion du tendon rotulien est douloureuse. Les réflexes plantaire, pharyngien, cornéen sont conservés.

La sensibilité au contact est conservée avec une acuité très vive dans les membres inférieurs, sauf à la partie supéro-externe de la cuisse gauche où elle est un peu affaiblie. Elle est conservée dans le reste du corps, mais avec une moindre acuité.

La sensibilité à la douleur est conservée; il y a un peu d'hypéralgésie au niveau des masses adipeuses.

Pas de modification de la sensibilité thermique.

Pas de troubles notables de la vision, sauf quelques mouches volantes et autres sensations subjectives sans importance. Légère diminution de l'ouïe.

Malgré son grand âge, la malade ne présente pas de troubles intellectuels. Elle ne sait pas lire. Il n'y a aucun trouble cardiaque.

La palpation du cou ne permet pas de délimiter le corps thyroïde.

L'examen du thorax révèle quelques signes d'emphysème et de légers frottements à la base gauche. Depuis quelques mois, la malade est sujette à des épistaxis; elle a de la constipation; l'appétit est diminué et il se produit quelques vomissements piteux. Les urines, pendant les premiers jours, sont rares (500 cent. cubes environ dans les 24 heures); elles ne renferment ni sucre, ni albumine. Puis elles augmentent de quantité, dépassant un litre. Une analyse faite le 10 avril, donne pour 1.200 cent. cubes d'urine en 24 heures: urée, 11 gr.; chlorures, 5 gr. phosphates, 1 gr. 4; densité, 1012.

Taille, 1 m. 50. Poids, 80 kilg. 500.

Examen du sang: globules rouges, 4.900.000; globules blancs, 20.000; polynucléaires, 80 pour 100; mononucléaires et lymphocytes, 20 pour 100. Pas d'éosinophiles.

OBSERVATION XIV

EWALD. — *Berliner Klin. Wochenschrift* (Janvier 1895).

Un homme, de 47 ans, vint me consulter au sujet de son obésité et de la gêne qu'il en éprouvait. Il pesait 98 kilg. 800. Son adipose revêtait un aspect tout spécial, surtout un niveau des bourrelets graisseux qui occupaient la nuque et les régions pectorale et ombilicale. Il présentait, en outre de légères palpitations et de la dyspnée, surtout lorsqu'il montait des escaliers ou qu'il faisait quelque effort musculaire. Il ressentait aussi des douleurs lancinantes rappelant les douleurs névralgiques.

Pas de syphilis ; pas d'alcoolisme.

Malgré son obésité, le malade transpire peu et c'est là un fait à noter.

L'habitus tout entier aurait pu faire croire à un observateur inexpérimenté qu'il s'agissait de myxœdème, si des cas absolument analogues n'avaient été décrits par Dercum sous le nom de « dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané des bras et du dos, accompagnée de manifestations d'apparence myxœdémateuse », et par Henry, comme « paratrophie myxœdémateuse ».

Cependant les symptômes particuliers et caractéristiques du myxœdème faisaient défaut.

Ce malade prit des tablettes de Borough, Wellcome et C. pendant six semaines et demie avec un repos de cinq jours après la quatrième semaine. Pendant les trois premiers jours, il prenait deux tablettes par jour, puis il en prit trois pendant huit jours et enfin cinq par jour. Le résultat fut qu'en tout il perdit 9 kil. 200 et c'est durant les quatorze premiers jours que la déperdition fut le plus accentuée. Pendant le traitement, le malade n'éprouva aucun malaise ; au contraire, il se sentait mieux qu'auparavant : la dyspnée et les palpitations étaient moins marquées et plus rares ; l'appétit n'avait pas souffert. Le malade d'ailleurs n'avait jamais fait d'excès et n'avait apporté aucune modification à son régime. Il ne se produisit rien de particulier au cours du traitement ; les urines ne présentèrent rien d'anormal.

Les circonstances ne m'ont pas permis de faire une étude précise des échanges au niveau des tissus; ces recherches m'auraient montré s'il y avait eu un excès des excreta sur les ingesta, c'est-à-dire s'il fallait attribuer la diminution du poids plutôt aux muscles qu'à la graisse. Il semble bien que, dans ce cas, la perte du poids est due en grande partie à la graisse.

Quant à savoir quelle est la cause de ces masses adipeuses trouvées en différents points, (car c'est le tissu adipeux qui semble être atteint en premier lieu) cette question échappe à l'heure actuelle à nos connaissances. Ce qui me paraît le plus vraisemblable, à moi comme à Leichtenstern, c'est que la sécrétion thyroïdienne possède, à l'état normal, directement ou indirectement, une influence trophique sur la peau et qu'elle règle la teneur en eau et en graisse du pannicule. A la diminution ou à la disparition de cette fonction correspondrait une augmentation du dépôt graisseux dont la manifestation morbide la plus élevée est la myxœdème.

OBSERVATION XV

Ch. FÉRÉ. — *Médecine moderne* (28 décembre 1898).

Mme B..., 42 ans, m'avait déjà demandé avis, en 1885, alors que j'étais chargé de la consultation du Dr Falret, à la Salpêtrière, pour des accidents hystériques; elle se plaignait d'attaques convulsives, d'états d'angoisse, de névralgies multiples, et elle avait une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche, avec ovarie du même côté. Après des oscillations en mieux et en pire, ces accidents avaient disparu en 1887. Elle attribuait sa guérison à l'hydrothérapie et au massage.

Elle avait abandonné les douches, mais elle se faisait faire des frictions qui la « défatiguaient ». Elle affirme que pendant plusieurs années, la sensibilité était revenue, qu'elle voyait aussi bien des deux yeux, etc. Elle a eu dans cette période cinq enfants dont deux sont morts de convulsions; l'aîné qui a six ans a eu une attaque de chorée à la suite d'une angine.

En 1894, dans l'été, à la suite de son cinquième allaitement, elle a commencé à prendre de l'embonpoint, bien qu'elle fût

devenue un peu excitable, ce qui ne lui était plus arrivé depuis sa guérison et son mariage. Peu de temps après, elle commença à éprouver des douleurs sous la peau.

Elle les a constatées tout d'abord dans les régions mammaires et sur les parties latérales du tronc. En faisant les frictions dont elle avait conservé l'habitude, elle constata que la mobilisation de la peau sur les parties sous-jacentes produisait une sensation de déchirure qui devenait graduellement plus pénible. La peau n'était pas sensible, les mouvements normaux du thorax ne provoquaient aucune douleur; mais celle-ci était déterminée par les mouvements très étendus de la respiration lorsqu'elle marchait vite ou montait un escalier; il lui semblait alors qu'on lui décollait la peau. Ce n'est que plusieurs mois plus tard qu'elle a commencé à éprouver des sensations analogues lorsque les frictions étaient faites sur les membres, principalement sur les bras et les cuisses. C'est alors que son mari, qui est garçon boucher, lui fit remarquer que l'on sentait sous la peau des masses lobulées qu'il comparait à celles de la surface d'un rognon de veau. La sensibilité sous-cutanée est plus considérable dans les régions où la lobulation est plus manifeste. Les mouvements des membres ne sont pas douloureux.

Au mois de mai 1895, elle s'est alitée pendant six semaines pour une maladie qu'on lui a dit être une fièvre muqueuse. Elle a beaucoup maigri et la lobulation sous-cutanée est devenue plus évidente; le décollement de la peau était plus facile et plus étendu; la douleur provoquée par la mobilisation de la peau et la pression se localise plus nettement sur les nodosités lobulées. Ces douleurs provoquées paraissent un peu plus intenses du côté gauche, sur la partie latérale du thorax. A la même époque, elle a commencé à souffrir d'insomnies et à se plaindre que son sommeil tardif est souvent troublé par des rêves relatifs à des tortures physiques, ces tortures consistent soit en brûlures, soit en lacerations. Le plus souvent c'est elle qui le subit, mais de temps en temps, elle est témoin du supplice infligé à un autre, elle voit un personnage sur un bûcher ou écorché vif. Elle est étonnée de ne pas l'entendre crier. Elle se réveille dans tous les cas en criant et avec une douleur dans une des régions habituellement douloureuses et

provoquée par une position forcée ou une pression prolongée.

Le 20 août, quand elle se présenta à la consultation, à Bicêtre, on retrouva l'ancienne hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche, l'ovarie homonyme. L'anesthésie cutanée est bien marquée aussi bien au contact qu'à la chaleur, qu'à la douleur. La mobilisation de la peau est douloureuse sur toute l'étendue du corps, sauf à la tête et au cou, aux fesses, aux avant-bras, aux mains, aux jambes et aux pieds.

On ne remarque pas de différence latérale sensible. La peau est souple, ne paraît présenter aucune altération, on sent au-dessous une surface irrégulièrement mamelonnée, comme constituée des lobules aplatis, d'inégal volume et d'inégale consistance. Les uns sont gros comme des pois, d'autres comme des noisettes ou un peu plus. La pression légère et les petits mouvements de mobilisation de la peau ne sont pas douloureux, mais dès qu'on presse un peu plus fort en faisant glisser la peau, le sujet se plaint d'une sensation de déchirure, de cuisson ; la mobilisation de la mamelle est aussi douloureuse.

Tous les mouvements des membres s'exécutent sans douleur, la malade peut s'asseoir, s'adosser, se coucher, sans que la pression la fasse souffrir, sauf lorsque les parties portent à faux et lorsqu'il se produit un glissement forcé des téguments. Il n'existe ni douleurs, ni tuméfaction sur le trajet des nerfs.

L'influenza l'a laissée très essoufflée, cependant elle n'a aucun bruit anormal au cœur ; son pouls est régulier, assez rapide, 96°. Pas de signes de lésions cardiaques ou artérielles. Pas de lésions de rhumatisme chronique. Pas de lésions apparentes de la thyroïde. Pas d'anomalies de la peau, sauf deux verrues molles à la nuque, pas de troubles mentaux.

A la suite d'un traitement hydrothérapique, le sommeil s'améliora, les rêves étaient devenus rares, l'essoufflement avait disparu, mais l'hémianesthésie et l'hypodermalgie persistait quand la malade cessa de venir prendre des douches.

Elle n'a pas été revue depuis la fin de novembre 1895.

OBSERVATION XVI

Ch. FÉRÉ. — *Médecine Moderne* (28 décembre 1898).

Mme M..., 46 ans, sans antécédents héréditaires névropathiques proprement dits, a encore son père et un oncle atteint de rhumatisme chronique. Elle a une sœur qui a des cicatrices de scrofule et a perdu ses deux enfants de tuberculose osseuse. Elle-même paraît avoir toujours joui d'une bonne santé ; elle n'a jamais eu de troubles menstruels ; elle a eu, sans accidents pathologiques, quatre enfants, dont deux sont morts d'entérite peu de temps après le sevrage, et deux fils qui ont 19 et 17 ans se portent bien et n'ont jamais eu de troubles névropathiques.

La ménopause s'est produite brusquement à 41 ans. Elle avait ses règles quand elle fut réveillée subitement une nuit, par une chute que fit son mari qui s'était levé dans l'obscurité. Elle resta effrayée, bien qu'aussitôt rassurée sur l'innocuité de l'accident : l'écoulement se suspendit et ne reparut plus. La nuit suivante la laissa remise en apparence, mais, très peu de temps après cette suspension brusque de la menstruation, elle commença à engraisser et elle remarqua qu'il se formait sous la peau des nodosités douloureuses à la pression, et surtout aux mouvements de va-et-vient de la peau. Ces nodosités n'existaient pas sur tout le corps, mais seulement à la face externe des bras et à la face antérieure des cuisses. La peau elle-même n'était pas douloureuse, et les mouvements restaient parfaitement libres. Il n'existait aucune douleur sur le trajet des nerfs. Elle remarquait que les nodosités étaient plus sensibles à la suite d'émotions, de fatigues, d'insomnies, de digestions pénibles.

Quand elle se présente à la consultation du 1^{er} mars 1898, la recherche la plus minutieuse ne put faire découvrir aucun stigmate permanent d'hystérie, ni aucun symptôme trahissant une des grandes névroses, les seuls symptômes sont les douleurs et la lobulation du tissu cellulaire sous-cutané dans les régions désignées. La peau glisse sur des nodules résistants,

dont le volume varie entre celui d'une lentille et celui d'une amande; les uns son aplatis, les autres plus saillants. Ces mouvements de la peau sont pénibles, donnent une sensation que la malade compare tantôt à une brûlure, tantôt à une déchirure. La pression même forte, sans mouvement de glissement, est peu sensible. Le glissement répété à de courts intervalles provoque une douleur angoissante, et des mouvements spasmodiques. La pression sur le trajet des nerfs ne provoque pas de douleur anormale. Il n'existe aucune lésion de la peau. Les mouvements des mains et des pieds, qui sont relativement peu chargés de graisse, sont libres. La physiologie est mobile. Il n'existe, du reste, aucun trouble mental appréciable. Pas de lésions apparentes de la thyroïde.

Elle fut soumise à un traitement hydrothérapique qui ne paraissait suivi d'aucun effet, lorsque, le 12 avril, à la suite d'une chute en descendant à la cave, elle fut prise d'une crise convulsive avec grands mouvements, cris, terminée par une scène de colère violente, relative à un évènement passé depuis plusieurs mois. Cette explosion se termina par une miction abondante. Depuis cette crise, les douleurs sous-cutanées ne se sont plus manifestées. Mais, elle éprouva, quelques heures après, des crises de toux nerveuse qui, bien que ne s'accompagnant d'aucun autre trouble de la motilité, ni de troubles de la sensibilité, indiquaient bien un terrain névropathique. Ces crises ont disparu au bout de six semaines avec l'hydrothérapie et un traitement tonique, sans que les douleurs sous-cutanées aient reparu.

OBSERVATION XVII

Ch. ACHARD et Ch. LAUBRY. — *Revue neurologique* (15 juin 1901).

L... (Augustine), âgée de 68 ans, journalière, entrée, le 20 mars, salle Laënnec, n° 15 bis, à l'hôpital Tenon.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de remarquable. Son père est mort à 47 ans d'une pneumonie, sa mère à 70 ans. Deux sœurs sont mortes, l'une à 26 ans, de suites de couches, l'autre à 55 ans d'une fluxion de poitrine. Un frère bien portant.

A 22 ans, elle eut la fièvre typhoïde et resta bien portante depuis, même après sa ménopause qui survint sans trouble remarquable à 45 ans.

A l'âge de 54 ans, elle eut des accès fébriles intermittents, qui s'accompagnèrent d'un ictère persistant, de douleurs dans la région hépatique. Cette affection, pour laquelle elle fut soignée dans le service du Dr Chauffard, dura près d'une année, et elle en guérit peu à peu.

Cependant, depuis cette époque, elle souffre d'oppression apparaissant et s'exagérant au moindre effort, et, le soir, ses jambes enflent, l'œdème remontant parfois jusqu'au genou et disparaissant par le repos et la position allongée.

Il y a un an, elle fut soignée dans le service du Dr Launois (hôpital Tenon), pour une paralysie radiale, et en est sortie sinon guérie, du moins très améliorée.

Elle n'offre d'ailleurs aucun trouble fonctionnel : son appétit est conservé, non exagéré ; la soif parfois est assez intense, et cette polydipsie semble survenir par périodes et par crises. Elle n'a pas de vomissements, mais seulement quelques pituites matinales.

Elle n'accuse enfin aucun trouble nerveux subjectif, qu'une légère difficulté dans la marche, de vagues douleurs, passagères et mal localisées, dans les membres inférieurs, et alternant avec quelques troubles cérébraux aussi fugaces (céphalée, vertiges, éblouissements).

Son état général est bon. Elle offre une certaine tendance à l'obésité, mais les masses adipeuses sont régulièrement réparties (cou, tronc, abdomen, membres supérieurs), avec cette double particularité qu'elles respectent les extrémités palmaires et plantaires, et que, sur les membres inférieurs, au voisinage de la malléole interne, elles affectent une disposition lobulée.

Ces lobes adipeux sont situés immédiatement au-dessus des deux malléoles, placés d'une façon symétrique ; leur bord inférieur seul est net et forme relief au-dessus de la surface osseuse. On dirait qu'à ce niveau la masse adipeuse est bridée par un étranglement aponévrotique. Son bord supérieur se confond sans ligne de démarcation avec le tissu cellulaire cutané du voisinage. Au niveau de ces deux masses, la peau

né se différencie pas de la peau des membres inférieurs, parsemée d'ailleurs de varicosités superficielles et d'éruptions érythémato-pigmentées et purpuriques. A la palpation, on obtient au niveau des masses une sensation de résistance lipomateuse, sans déterminer un godet œdémateux, et à la pression profonde, on réveille une douleur très vive, alors que la palpation des masses musculaires et du tissu cellulaire du voisinage, ainsi que la palpation des masses graisseuses diffuses des autres régions, n'est nullement douloureuse. La démarche est un peu hésitante, mais ne réveille pas la douleur. Léger tremblement. Pas de troubles des réflexes rotuliens, saut, peut-être, une légère diminution à droite.

La sensibilité au contact et à la douleur est conservée, exagérée nettement au pourtour des deux lobes adipeux, normale à leur niveau; la sensibilité thermique, malgré le refroidissement constant des extrémités dont se plaint la malade, est normale.

A l'appareil visuel, on note une amblyopie peu intense, avec un léger rétrécissement du champ visuel sans paralysie oculaire. L'ouïe est normale.

Pas de troubles intellectuels. Rien au cœur. Rien aux poumons. Le foie débordant un peu les fausses côtes n'offre aucun point sensible à la percussion ou à la palpation.

Les urines sont normales comme quantité (de 1.500 gr. à un litre pendant la durée du séjour de la malade à l'hôpital). Elles sont troubles, ne renferment pas d'albumine, mais réduisent la liqueur de Fehling. Cette réduction (comme l'ont montré des dosages successifs) est due tantôt à la présence de glycose dans des proportions relativement minimes (de 7 à 25 gr. par litre) tantôt à la présence d'un autre corps réducteur que le sucre (probablement acide glyconurique). Poids de la malade, 76 kil. 500; taille, 1 mètre 56; circonférence de la taille, 1 mètre 03.

OBSERVATION XVIII

CH. ACHARD et CH. LAUBRY, *Revue neurologique* (15 juin 1901).

Le 24 avril, nous étions appelé à Neuilly pour soigner Mme Th..., âgée de 48 ans, qui était souffrante depuis deux jours; elle avait des troubles gastro-intestinaux, une céphalalgie intense, de la courbature, une douleur de gorge avec difficulté d'avaler. Les amygdales étaient tuméfiées, vernissées d'un exsudat muqueux, transparent, et les ganglions sous-maxillaires volumineux et douloureux.

Le diagnostic était donc facile, car il s'agissait d'une angine simple. Mais à côté de ces symptômes, la malade accusait des douleurs qu'elle nous disait être antérieures à cette maladie et qu'elle localisait dans les membres inférieurs, dans les bras et dans les côtes.

En découvrant la malade, nous constatons qu'elle présente un état d'obésité, mais qui n'est pas uniforme; ainsi, sur les membres inférieurs, nous trouvons au voisinage des articulations tibio-tarsiennes et des genoux, des nodosités. A la palpation de ces régions, la peau est souple et ne présente pas d'altération. On sent, au-dessous, des surfaces irrégulièrement mamelonnées, comme constituées de lobules d'inégale consistance, les uns gros comme des pois, d'autres comme des noisettes et même plus gros. La pression légère et les petits mouvements de mobilisation de la peau ne sont pas douloureux; mais dès qu'on presse un peu plus fort, en faisant glisser la peau, la malade se plaint d'une sensation de déchirure. Aux membres supérieurs, autour du poignet, sur le trajet des extenseurs et au coude, on trouve des petits nodules. Sur le thorax, dans la région sous-costale gauche, on trouve une masse adipeuse assez volumineuse, et qui a une consistance rénitente. Le glissement de la peau provoque une douleur angoissante. La mobilisation des mamelles est aussi douloureuse.

La malade nous raconte que, pour la première fois en 1889, elle a commencé à avoir des douleurs névralgiques, et peu à

peu elle s'est aperçue que des nodules se formaient dans les régions douloureuses. En 1889, elle a eu des douleurs intestinales qui ont duré quelques années jusqu'en 1895, quand elle a commencé à avoir des douleurs dans les bras, et les premiers nodules sont apparus au coude, puis aux poignets.

Depuis cette époque, elle a eu des douleurs lombaires et des sciaticques, et, en 1899, elle a remarqué que les jambes enflaient et que des nodosités se formaient sous la peau.

La malade a eu deux couches : une à 22 ans, l'autre à 34 ; les enfants sont bien portants. Elle a commencé à être réglée à 11 ans et a cessé à 46 ans.

Dans les antécédents héréditaires, nous trouvons un père arthritique et une mère nerveuse.

La malade est une femme très intelligente et d'une grande activité cérébrale. Elle est professeur de déclamation et fait des conférences dans les grandes villes de l'Europe et de l'Amérique. Elle se plaint souvent de vertiges, de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles et de sifflements qui lui arrivent toujours après des bouffées de chaleur.

Nous avons trouvé sur la tête quelques points frontaux et pariétaux très sensibles.

CHAPITRE IV

Etiologie.

Quelles sont les causes susceptibles d'intervenir pour engendrer l'adipose douloureuse?

Il est impossible, à l'heure actuelle du moins, de donner une cause véritablement efficiente de cette affection. Toutefois, d'après les observations parues jusqu'à ce jour, il nous est permis de dire que cette maladie se développe dans des conditions de sexe et d'âge bien déterminées et que certaines diathèses semblent en favoriser l'éclosion.

L'hérédité ne paraît jouer aucun rôle. Les différents malades sont très affirmatifs sur ce point : jamais aucun des leurs, ni ascendants, ni descendants, n'a présenté des symptômes d'adipose douloureuse. Dans un cas (Eshner, Obs. VII) la mère de la malade était obèse. Mais ce fait, hâtons-nous de le dire, n'infirmes en rien la règle générale. Nous verrons, en effet, que des différences très nettes séparent l'obésité simple de la forme généralisée

diffuse de l'adipose douloureuse avec laquelle, de prime abord, on pourrait la confondre.

Au point de vue du *sexe*, il est un fait incontestable c'est que la *femme* paraît douée d'une prédisposition toute spéciale. La majorité des cas publiés jusqu'ici, ont été observés chez des femmes.

Sur 18 observations que nous reproduisons, seize sont relatives à des femmes, deux seulement concernent des hommes ; Ewald (1), en effet, a observé cette affection chez un homme de 47 ans, et notre observation personnelle est celle d'un ouvrier mineur âgé de 35 ans.

Il est très rare, que les premiers symptômes se manifestent avant la trentième année. — A part la malade de Hale White (2) chez laquelle l'affection débuta entre 11 et 12 ans ; et celle de William Spiller (3), atteinte dès l'âge de 22 ans, aucun des autres cas n'est apparu avant trente ans. Ajoutons que même chez les malades frappés d'une façon précoce, la symptomatologie n'a été bien complète qu'assez tardivement.

On peut dire que, en moyenne, l'affection évolue entre quarante et soixante ans.

Chez plusieurs malades, on a trouvé de l'*alcoolisme*, et il semble que ce soit là un facteur important dont on doit tenir compte, qu'il s'agisse d'une diathèse héréditaire ou personnelle.

(1) EWALD. — *Loco citato*.

(2) HALE WITHE. — *Loco citato*.

(3) WILLIAM SPILLER. — *Loco citato*.

Ellen W. dont F. Henry (1), médecin des Hôpitaux de Philadelphie, rapporte l'histoire, était nettement entachée d'éthylisme (v. Obs. II.) Son frère était mort alcoolique à l'âge mur, dit l'auteur et « la malade elle-même buvait énormément de la bière et du whisky. Elle ne commençait pas ses orgies de bon matin, mais restait, des semaines entières, ivre le soir ».

Le malade dont nous rapportons nous-même l'observation est certainement alcoolique. Il boit, en moyenne deux litres et demi de vin par jour et quelquefois de l'eau-de-vie ou de l'absinthe. Il avoue faire des excès alcooliques et s'être grisé plus d'une fois.

Plusieurs des sujets atteints d'adipose douloureuse interrogés sur ce point ont nié tout éthylisme ; mais on sait combien il est difficile d'arracher un aveu de ce genre à une femme, bien que l'alcoolisme, dans la classe pauvre, ne soit pas rare parmi les femmes.

Si l'on en croit les auteurs américains qui se sont occupés de la question, la *syphilis*, héréditaire ou personnelle, se rencontre fréquemment chez les malades de ce genre, aussi souvent que l'alcoolisme.

C'est ainsi que, dans l'observation d'Henry (2), Ellen W... quitta son mari atteint de maladie vénérienne. Il était porteur d'un chancre phagédénique qui détruisit la peau du pénis et du scrotum.

(1) HENRY. — *The Journal of nervous and mental disease*, mars 1891.

(2) HENRY. — *Loco citato*.

Examinée par un médecin au moment du divorce, ce dernier lui affirma qu'elle avait échappé à la contagion. Mais, quelque temps après, elle eut une forte angine avec des plaques blanchâtres au fond de la gorge.

Dans le *Pacific Medical Journal*, septembre 1893, Adler rapporte l'observation d'une mulâtresse âgée de 53 ans, atteinte d'une « forme anormale » d'obésité. D'après les symptômes donnés, il s'agissait, à n'en pas douter, d'adipose douloureuse et cette malade était syphilitique.

Eshner signale ce cas dans son article du *The Philadelphia Medical Journal*, octobre 1898, sur la « maladie de Dercum ».

L'observation d'*Hale-White* (1) relative à une jeune fille de 22 ans est également très significative à cet égard : les parents de l'enfant avaient eu la vérole et la malade présentait des signes non équivoques de syphilis héréditaire.

Le mineur que nous avons vu à l'Hôtel-Dieu de St-Etienne a toujours nié énergiquement tout accident vénérien autre qu'une blennorrhagie. Cependant, on trouvait sur le bord du prépuce, une petite cicatrice bronzée de la dimension d'une lentille. Il nous a fourni, à ce sujet, des explications fort embrouillées et peu convaincantes. Aussi le tenons-nous pour suspect. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pu trouver aucun stigmate de vérole.

Dans la *Rivista di Patologia nervosa e mentale*,

(1) HALE-WHITE. — *Loco citato*.

luglio 1900, *Giudiceandrea* insiste beaucoup sur le rôle que joue le *traumatisme*, comme cause déterminante. Il semble, en effet, d'après les observations, que les premiers symptômes se soient manifestés souvent à la suite d'un accident plus ou moins grave, mais toujours accompagné d'une vive émotion, d'une grande frayeur.

L'une des malades de Dercum a toujours joui d'une bonne santé. Certain jour, dans une collision de voitures, elle est violemment projetée sur le sol. Après la chute, elle est dans l'impossibilité absolue de remuer ses jambes et se plaint de vives douleurs dans la région sacro-lombaire. Six semaines environ après l'accident, apparaissent sur l'avant-bras gauche sept ou huit petites tuméfactions de la grosseur d'une noix. Elles sont constituées par de la graisse et très sensibles à la pression. Bientôt des tumeurs semblables se produisent ; toutes augmentent de volume et la maladie est bien vite constituée.

C'est quinze jours seulement après une chute d'une certaine hauteur, que la malade d'Eshner voit apparaître les premiers nodules graisseux et ressent les premières douleurs.

Dans l'observation de *Giudiceandrea*, une paysanne tombe sur le flanc gauche et, à part quelques contusions locales, ne présente pas de troubles notables. Quelques années après, elle entre à l'hôpital de Sulmona, avec de vives douleurs, bientôt suivies de l'hyperplasie graisseuse du tissu conjonctif.

Tout récemment, *MM. Ch. Achard et Ch. Lau-*

bry (1) présentent à la Société de Neurologie de Paris, une malade atteinte d'adipose douloureuse. C'est à la suite d'une chute provoquée par une violente émotion, que se sont manifestés les premiers symptômes de l'affection pour laquelle elle est entrée à l'hôpital.

Dans tous ces cas, il est incontestable que le traumatisme a été la cause déterminante de la maladie. Agissant sur un terrain préparé et peu résistant, il a fait éclore des accidents jusque là torpides qui, sans lui, auraient pu ne se manifester que plus tard.

C'est, sans doute, un rôle identique qu'il faut attribuer au *froid humide* qui, chez la buandière de William Spiller, semble avoir été le *primum movens* de l'affection.

Chez notre malade, les premiers symptômes ont été précédés d'un *état infectieux* bénin des voies digestives et, vraisemblablement, il ne faut voir là qu'une cause occasionnelle.

L'adipose douloureuse semble frapper tout particulièrement les sujets entachés d'une *hérédité nerveuse*. On trouve souvent, soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux, des signes non équivoques d'une perturbation plus ou moins grave du système nerveux. Dans plusieurs observations, les malades eux-mêmes sont atteints d'une névrose ou présentent des troubles mentaux.

C'est ainsi que, dans l'histoire rapportée par Henry, Ellen W... eut, dès son enfance, des convul-

(1) ACHARD et LAUBRY. — *Revue Neurologique*, 30 avril 1901.

sions fréquentes, accompagnées de perte de connaissance et suivies de violents maux de tête.

Joseph P... dont nous rapportons nous-même l'observation, avait certainement une tare nerveuse. D'un caractère inquiet, d'humeur inégale, il s'emportait facilement ou se montrait, au contraire, très déprimé, se croyant en butte aux malversations du personnel hospitalier.

Plusieurs des malades atteints d'adipose douloureuse, ont fini leur vie dans un asile d'aliénés.

Pour résumer ce chapitre en peu de mots, nous pouvons dire que la syphilis, l'alcoolisme, les troubles nerveux, favorisent l'éclosion de cette maladie qui se manifeste fréquemment à la suite d'un traumatisme et, de préférence, chez la femme de 30 à 50 ans.

CHAPITRE V

Anatomie et physiologie pathologiques.

Chez notre malade, les nombreux nodules sous-cutanés dont il était recouvert, étaient constitués *en totalité* et *uniquement* par de la graisse. Deux fois, on enleva des petites tumeurs qui furent envoyées à Lyon, au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le professeur Tripier. L'examen microscopique en fut pratiqué par le Dr Gallavardin, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté.

Les deux fois, le résultat fut le même : on avait à faire à de la graisse et à de la graisse pure ; c'est à peine si l'on voyait, entre les vésicules adipeuses, quelques fins tractus conjonctifs contenant les vaisseaux destinés à nourrir la masse lipomateuse.

Mais il convient de dire que les deux fragments examinés étaient identiques. Ils avaient été enlevés dans les mêmes conditions : tous deux étaient déjà à l'état de tumeur encapsulée et s'étaient énucléés

pour ainsi dire d'eux-mêmes, après incision de la peau.

Nous n'avons pu retirer la moindre parcelle de la néoplasie à son premier stade de développement, alors qu'elle est encore à l'état d'œdème; l'examen microscopique de semblables fragments eût été, cependant, des plus intéressants.

Dercum, lui, a eu la bonne fortune, dans les diverses biopsies qu'il a pratiquées sur sa première malade, de saisir, pour ainsi dire sur le vif, la succession régulière, constante et progressive des diverses phases anatomo-pathologiques de l'affection.

Il a vu, en effet, à l'aide de coupes successives, le gonflement œdémateux initial subir lentement la transformation adipeuse pour en arriver peu à peu au stade ultime: la sclérose. Puis il a établi nettement le parallélisme de l'évolution clinique et de l'évolution anatomique; chaque type morbide correspondant à une des trois étapes parcourue par la néoplasie adipeuse, ainsi qu'il ressort des examens microscopiques pratiqués par Dercum.

Plongeant un emporte-pièce Duchenne dans les masses lipomateuses, le savant neurologiste américain en retire des « fragments translucides, de consistance gélatineuse ». Soumis à la sanction du microscope, ils apparaissent formés exclusivement de tissu connectif du type embryonnaire. Leurs cellules constitutantes sont volumineuses, fusiformes, présentant, à leur centre, le plus souvent, de gros noyaux. Toutes ont une configuration identique. Les

espaces intercellulaires sont comblés par une substance transparente et sans structure décelable par les réactifs ordinaires. Morphologiquement, d'après Dercum, ces cellules se rapprochaient beaucoup des cellules du type lymphatique.

Il semble, en un mot, qu'il s'agisse de tissu connectif embryonnaire au « stade cellulo-formatif » de M. le professeur Renault.

On fait une seconde coupe sur un fragment différent du premier. La préparation est colorée à l'acide osmique et au carmin. Placée sous le champ du microscope, elle paraît formée d'un tissu identique au précédent. Toutefois, les cellules se sont modifiées ; elles commencent à se spécialiser, à s'organiser, à se disposer en treillage et, dans les mailles limitées par elles, on voit des cellules adipeuses dont quelques-unes n'ont pas encore subi la transformation grasseuse complète. Chez certaines d'entre elles, le noyau est encore très apparent et l'on aperçoit des gouttelettes de graisse, colorées en noir, nageant dans le protoplasma. La trame est formée par du tissu muqueux très lâche.

Dans une troisième préparation, on découvre du tissu conjonctif mieux formé et, pour la première fois, les éléments vasculaires et nerveux y font leur apparition. Le tissu connectif se présente maintenant sous l'aspect de bandes minces, aplaties en trabécules, formant par leur entrelacement un joli réseau embrouillé, à larges mailles.

Vues de face, les cellules qui forment les trabécules semblent larges et aplaties ; vues de champ,

par leur bord, elles paraissent mincées et allongées. Leurs noyaux sont encore très apparents. Rarement on trouve deux cellules accolées, de sorte que le réseau est peu épais, mais au contraire excessivement délicat.

A travers les mailles de ce réseau, on découvre çà et là des amas de cellules graisseuses en plus ou moins grande abondance.

La coupe a intéressé quelques vaisseaux sanguins dont les parois sont très épaissies avec infiltration nucléaire.

En un point de la préparation se trouve un ganglion assez volumineux avec un certain nombre de fibres amyéliniques; la capsule de ce ganglion est sclérosée, dense, épaissie. Les cellules nerveuses paraissent normales. Il n'en est pas de même des fibres : leur tissu connectif est épaissi et elles ont un nombre considérable de noyaux qui, çà et là, sont réunis en grappes.

Dercum insiste sur ce fait que, au moment où l'on a retiré le trocart emporte-pièce, il s'est écoulé par la plaie un liquide semblable à de la lymphe et légèrement teinté de sang. Placé dans l'alcool, le fragment extrait s'est ratatiné d'une façon considérable.

En résumé, conclut le neurologiste américain, il s'agit d'une dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané, s'accompagnant d'une hyperplasie des éléments de ce tissu qui est à un « état bas et vague » au stade embryonnaire. Pour lui, les mailles du réseau, trouvées dans la troisième préparation, en

sont autre chose que des espaces lymphatiques dilatés, ce qui explique, dit-il, que les néoformations augmentent si rapidement de volume dans les crises douloureuses.

Ici, comme dans le myxœdème, les espaces lymphatiques sont dilatés et les parois des vaisseaux sanguins sont épaissies. Il n'est pas rare, non plus, de voir dans le myxœdème, une hypertrophie du système lymphatique portant sur les ganglions et leurs branches. Les fibres et les cellules nerveuses des ganglions sont saines, mais leur tissu intermédiaire de soutènement est hypertrophié et ramolli.

Physiologie pathologique.

.S'il est aisé, en comparant les observations publiées jusqu'à ce jour, de déduire une symptomatologie rationnelle de l'adipose douloureuse, il est plus difficile d'expliquer la production des phénomènes observés, de donner, en un mot, la pathogénie de l'affection. Jusqu'à présent, d'ailleurs, les auteurs qui se sont occupés de la question ont peu insisté sur ce chapitre. Presque tous en font une « dystrophie » du tissu conjonctif sous-cutané, mais bien peu essayent d'en découvrir l'origine.

A notre avis, il est un fait certain et qui se dégage nettement des cas observés : c'est que *l'action du système nerveux dans la genèse de l'adipose douloureuse est absolument indéniable.*

En effet, l'affection débute toujours par un gon-

flement œdémateux localisé soit à un espace très restreint (forme nodulaire), soit à un membre ou segment de membre (forme diffuse localisée), soit à presque toute la surface du corps (forme diffuse généralisée). *Cet œdème initial ne peut être qu'un œdème vaso-moteur.* Presquetoujours, effectivement, il s'accompagne d'une rougeur plus ou moins vive de la peau, trahissant une vaso-dilatation des capillaires superficiels. En outre, l'apparition de cet œdème coïncide avec des phénomènes douloureux ou bien il les suit de très près. Dans la suite, il s'accroît par poussées successives, chacune de celles-ci coïncidant avec une crise douloureuse nouvelle. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un de ces *œdèmes névropathiques* dont Mathieu et Weill (1) ont donné une bonne description. On peut aussi le rapprocher de *l'œdème aigu angioneurotique de Quincke* ou *hydrops hypostrophos de H. Schlesinger*(2), œdème non inflammatoire, atteignant la peau ou les muqueuses, apparaissant et disparaissant brusquement, récidivant, sans aucune lésion ni du cœur, ni des reins, sans aucune altération locale.

De par ses caractères et les conditions dans lesquelles il se produit, le gonflement œdémateux (premier stade de l'adipose douloureuse) doit être rapporté à un trouble de l'innervation. Les manifestations nerveuses, locales ou générales, qui accom-

(1) MATHIEU et WEILL. — Etude sur certains œdèmes névropathiques (Archives générales de Médecine, juillet 1885).

(2) H. SCHLESINGER. — Munch. Méd. Woch. 1889.

pagnent son développement plaident encore en faveur de cette hypothèse. Souvent, en effet, on a trouvé à son niveau des modifications plus ou moins graves de la sensibilité : anesthésie complète, absolue. Hypoesthésie, hypéresthésie, dissociation plus ou moins nette de la sensibilité à la température, etc.

Il y a plus : maintes fois, on a noté des troubles sécrétoires (diminution de la sécrétion sudorale) vaso-moteurs (taches purpuriques) et trophiques (desquamation épithéliale).

Les manifestations nerveuses d'ordre général ne sont pas plus rares : souvent on a relevé des troubles du côté des organes des sens (diminution de l'acuité auditive, rétrécissement du champ visuel, phosphènes, etc.) Plusieurs des malades étaient épileptiques. La plupart avait une hérédité nerveuse très chargée et beaucoup d'entre eux ont présenté des troubles mentaux qui nécessitèrent quelquefois leur internement dans les asiles d'aliénés.

C'est plus qu'il n'en faut pour se convaincre que l'œdème initial de l'adipose douloureuse est d'origine névropathique.

D'ailleurs, il n'y a rien là qui doive surprendre, surtout maintenant qu'est édifiée la pathogénie des lipomes multiples.

En présence de malades porteurs de lipomes plus ou moins nombreux, *Cruveilhier* (1) pensait à une

(1) CRUVEILHIER. — *Anatomie pathologique générale*.
Tome III. Métamorphoses graisseuses.

généralisation diathésique quelconque, mal déterminée. Et en 1862, dans une observation de la *Gazette hebdomadaire*, Broca affirmait la généralisation de ces tumeurs après l'ablation de l'une d'elles, ne voyant pas que les néoplasies enlevées, étaient tout simplement les premières apparues.

En 1879 et 1882, MM. Verneuil (1) et Potain (2) publient, chacun de leur côté, leurs observations de pseudo-lipomes sus-claviculaires. Et déjà à cette époque, Potain insiste sur l'origine névropathique de ces productions ainsi que sur la parenté vraisemblable des œdèmes, pseudo-lipomes et lipomes.

Bientôt la « diathèse lipomateuse » de Cruveilhier a vécu :

En 1884-1885 Mathieu (3), à la suite d'observations nombreuses, arrive à conclure que érythème, purpura, œdème, pseudo-lipome et lipome ne sont que les degrés d'un même processus commandé par des troubles nerveux probablement myélopathiques.

A peu près à la même époque, M. Potain constate anatomiquement que l'œdème pseudo-lipomateux peut s'organiser et passer à l'état de véritable lipome par la transformation adipeuse des cellules conjonctives de l'hypoderme.

Dans sa thèse sur les « lipomes d'origine nerveuse » (Paris 1892) Bouju se rattache, lui aussi, à la théorie névropathique.

(1) VERNEUIL. — *Gazette hebdomadaire*, 1879 et 1882.

(2) POTAIN. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1882 et *Gazette hebdomadaire*, 1882.

(3) MATHIEU. — *Archives générales de médecine* 1884-1885.

D'ailleurs, nombreuses sont les affections nerveuses dans lesquelles, sans autre lésion organique, on rencontre l'œdème : c'est ainsi qu'il n'est pas rare dans l'hémorrhagie et le ramollissement cérébral. Il a été signalé dans les tabes où il acquiert quelquefois de grandes proportions (pseudo-éléphantiasis), dans les fractures du rachis (Mayet), la paralysie infantile (Balmer), la sciatique (Mathieu-Bucquoy), l'hématomyélie (Leyden), la méningite cérébro-spinale épidémique (Leyden), la paralysie générale (Cargowla), et même l'hystérie.

Il est donc bien établi que le système nerveux intervient dans la genèse de ce processus curieux qui, débutant par l'œdème, évolue ensuite vers l'adipose.

Mais quelle est la partie du système nerveux intéressée ?

S'agit-il d'une lésion nettement localisée ?

C'est peu probable : la répartition des tumeurs adipeuses ne permet pas, en tout cas, de faire cette localisation ; quelquefois vaguement symétriques au début, elles deviennent vite asymétriques et se répartissent irrégulièrement.

Leur évolution s'accompagne de symptômes indiquant une atteinte générale du système nerveux et jamais aucun phénomène n'a permis de soupçonner le siège précis de la lésion causale.

Faut-il la chercher dans l'encéphale ? Vraisemblablement non ; mais ne soyons pas trop affirmatif, car, s'il n'existe pas de centre trophique connu, certains troubles consécutifs à des lésions encépha-

liques (eschares des hémiplegiques, amyotrophies précoces) nous obligent à nous tenir sur la réserve. D'autre part, on a trouvé des tumeurs graisseuses chez les paralytiques généraux et plusieurs de nos malades sont morts dans des asiles d'aliénés.

S'agit-il d'une lésion médullaire ? Rien dans la disposition des tumeurs ne doit y faire songer. En tout cas, la chose est possible ; *Bouju* admet l'origine myélopathique des lipomes *symétriques*. Et voici comment il l'explique : « Nous nous trouvons en présence, dit-il, d'une action trophique exagérée, développée sous l'influence d'une impressionabilité des cellules grises de la moëlle par une cause inconnue, impressionabilité mettant en jeu cette chose si mal connue et pourtant si peu démontrée par les physiologistes ; nous voulons parler de la trophicité. »

« Avec Mathieu, Bucquoy, Desnos, rattachons-nous à l'origine myélopathique des lipomes *symétriques*. L'action trophique dont le lipome est le résultat commencerait-elle par une sorte d'action vaso-motrice ? ce qui expliquerait les liens de parenté étroits qui unissent les œdèmes rhumatismaux et les lipomes ; ou bien la même action centrale qui produit la vaso-motricité, l'angioneurose, comme dit Mathieu, a-t-elle lieu concurremment avec la trophonévrose, l'action nerveuse étant portée par le même nerf, d'une part aux éléments musculaires des petits vaisseaux, et, d'autre part, aux cellules graisseuses du tissu conjonctif ? Nous ne saurions le dire. »

Selon nous, il faut plutôt chercher dans le système nerveux périphérique l'explication des phénomènes observés.

On sait que les lésions d'un nerf peuvent produire des troubles trophiques dans le territoire innervé par lui (altération et chute des ongles, atrophies, ulcères variqueux). Pourquoi l'inverse ne se produirait-il pas ? et n'amènerait-il pas, au contraire, une hypertrophie localisée à certaines parties des tissus lésés ?

Dans l'adipose douloureuse, le processus morbide paraît surtout frapper le système du *grand sympathique*.

La première observation de Dercum est particulièrement suggestive à cet égard. Sa malade, en effet, a présenté des phénomènes trahissant nettement une perturbation de l'innervation sympathique ; à plusieurs reprises, elle a eu des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, des poussées congestives du côté du pharynx, du larynx et du poulmon, des éruptions purpuriques.

Dans le même ordre d'idées, le mineur dont nous publions l'observation, présentait de l'exophtalmie assez accusée et, au niveau de chaque tumeur adipeuse, on trouvait un très léger réseau veineux sous-cutané.

En outre, chez ces deux malades, la sécrétion sudorale était notablement diminuée. Or, l'on sait que parmi les nerfs excito-sudoraux, les uns passent directement de la moëlle dans les nerfs mixtes (Vulpian) et que les autres passent d'abord dans le grand sympathique par les rami communicantes,

pour arriver ensuite à ces nerfs (Luchsinger).

Enfin, dans une de ses préparations histologiques, Dercum a découvert un ganglion nerveux ; ses cellules étaient normales, mais les fibres amyéliniques qui en partaient, présentaient des lésions de névrite interstitielle.

Il semble donc bien que le grand sympathique a été intéressé. Mais sous quelle influence ?

On peut, sans hésitation, répondre que le *primum movens* est une *perversion de la fonction thyroïdienne* et, par suite, conclure que l'adipose douloureuse n'est qu'une forme fruste du myxœdème.

Ces deux affections, en effet, présentent de grandes analogies cliniques, comme nous le verrons au chapitre du diagnostic.

Le traitement thyroïdien, dans l'adipose comme dans le myxœdème, donne souvent des résultats excellents.

Enfin, toutes les fois qu'on a pu faire l'autopsie de malades ayant succombé à l'une de ces deux affections, on a trouvé des lésions thyroïdiennes qu'on avait pu soupçonner déjà pendant la vie (dégénérescence kystique, infiltration calcaire, hypertrophie, atrophie).

La cause initiale de l'adipose douloureuse réside donc dans une perversion de la fonction thyroïdienne. S'agit-il d'hyperthyroïdation ou d'hypothyroïdation ? Nous le saurions le dire.

Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que la suppression du corps thyroïde ou son annihilation

du fait d'une lésion quelconque entraîne une *trophonévrose* de nature encore mal déterminée.

Nos connaissances sur la physiologie de la glande thyroïde, du grand sympathique, des nerfs trophiques (si tant est qu'ils existent) ne sont pas encore assez précises pour nous permettre d'être plus catégorique et nous dirons pour résumer ce chapitre : L'adipose douloureuse, forme fruste du myxœdème, est due à une auto-intoxication d'origine thyroïdienne, agissant par l'intermédiaire du système nerveux probablement sympathique.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Comme on le voit, l'adipose douloureuse constitue une entité morbide assez nettement définie. Ne peut-on pas la confondre avec d'autres affections identiques ? Son diagnostic s'impose-t-il toujours ? En présence du petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour on est tenté de croire que quelques cas ont dû passer inaperçus. La chose est, d'ailleurs, fort possible pour les formes légères, dans lesquelles les tumeurs peu nombreuses ne sont pas visibles à la vue, mais demandent à être recherchées par la palpation. Dans les cas types, l'attention est bien vite attirée par la présence des néoplasies et des autres symptômes cardinaux et le microscope confirme aisément le diagnostic.

L'aspect général du malade varie beaucoup suivant que l'on a affaire à l'une des trois formes que nous avons décrites ; dans la forme nodulaire le corps est couvert de nodosités nombreuses, sou-

vent assez petites pour ne se révéler qu'à la palpation ; des masses diffuses, généralement volumineuses, entourant un segment de membre ou un membre tout entier, caractérisent la deuxième forme ; enfin, dans la troisième variété, le malade semble uniformément gros comme un obèse ou un myxoédémateux.

Chacune de ces trois formes, on le conçoit, peut en imposer pour des affections diverses ; c'est ainsi que chez un malade atteint d'adipose nodulaire, on pourra songer à de la neuro-fibromatose, tandis qu'on pensera à l'obésité si l'adipose est diffuse et généralisée.

Nous allons faire, successivement, le diagnostic de chacune de ces trois variétés.

1^o FORME NODULAIRE. — L'affection avec laquelle elle présente le plus d'analogie est la *neuro-fibromatose*, ou maladie de *Recklinghausen* (1).

Mais, tandis que l'adipose douloureuse débute rarement avant quarante ans, la neuro-fibromatose est une maladie congénitale qui se manifeste soit à la naissance, soit peu après, en tout cas, rarement après trente ans. Les sujets sont souvent entachés de tuberculose héréditaire ou personnelle.

Les tumeurs adipeuses respectent toujours la face, elles sont douloureuses spontanément et à la pression, donnent au palper une sensation de lobulation bien spéciale.

Dans la neuro-fibromatose, on trouve deux

(1) LÉVY et OUVIZÉ. — *Gazette des Hôpitaux*, novembre 1899.

sortes de tumeurs : les unes, cutanées, ne sont pas rares à la face, on en a trouvé quelquefois sur les muqueuses (amygdales et langue); elles sont de consistance mollasse comme un raisin dont on aurait enlevé les pépins, et fort peu douloureuses ; les autres, nerveuses, sont petites, très dures, souvent groupées en chapelet sur le trajet des nerfs, mobiles seulement latéralement, tandis que les tumeurs adipeuses sont mobiles en tous sens et irrégulièrement distribuées.

Les troubles pigmentaires, rares dans la lipomatose, sont fréquents et quelquefois très accusés dans la neuro-fibromatose, donnant alors au malade un aspect analogue à celui des chevaux pie.

Dans les deux affections, l'asthénie est constante ; mais tandis que la force musculaire est diminuée dans la maladie de Recklinghausen, elle est ordinairement conservée dans la maladie de Dercum.

Les troubles intellectuels sont plus marqués dans la neuro-fibromatose ; souvent la parole est troublée, lente et les malades bégaiement facilement. Les douleurs sont plus vives dans l'*adiposis dolorosa*, présentent des exacerbations paroxystiques bien spéciales, durant lesquelles on voit les tumeurs augmenter de volume.

Enfin, l'examen histologique lèvera tous les doutes

Le *molluscum généralisé multiple* ne sera pas confondu avec la maladie de Dercum ; il est mou, indolent, le plus souvent pédiculé et rarement localisé aux membres.

Les *gommés* ne sont jamais aussi nombreuses que

les nodules adipeux. Il y en a en voie de ramollissement et d'autres qui, totalement ramollies, s'ouvrent à la peau.

Les *dermatomyomes multiples*, dont on ne compte actuellement que six cas, ont un volume variant d'une lentille à une amande; leur forme est arrondie, leur surface lisse, leur coloration rosée.

La *sarcomatose cutanée généralisée* est constituée par des tumeurs arrondies, hémisphériques, presque toujours sessiles; leur couleur est d'abord rouge sombre, puis violacée bleuâtre, parfois brune; d'abord dures, elles se ramollissent plus tard; elles peuvent rester stationnaires et même disparaître. Bientôt les muqueuses et les viscères se prennent et l'état général finit par s'altérer.

Les *névromes plexiformes* décrits pour la première fois par Verneuil et appelés par Bruns *névromes racémieux*, à cause de leur ressemblance avec les anévrysmes cirsoïdes, sont des productions congénitales ou apparaissant peu après la naissance. Elles occupent de préférence la tête, le cou et la région sacro-coccygienne; elles sont composées de nodules et de cordons noueux irrégulièrement enchevêtrés; à leur niveau, la peau est pigmentée, éléphantiasique avec hypertrophie des glandes et des poils. On sait qu'elles sont formées par les nerfs, mais on ignore aux dépens de quelle partie du nerf.

Les *névromes multiples ou en chapelet* (Lebert) siègent sur le trajet des nerfs, font corps avec eux et ne sont mobiles que dans leur sens. Ils sont fusiformes, allongés et de consistance dure.

Le *tubercule sous-cutané douloureux* est dur, arrondi, mobile en tout sens, siège de préférence dans les régions péri-articulaires, souvent aussi à la mamelle. Dans l'immense majorité des cas il se trouve à la jambe, au niveau de la face interne du tibia. Des douleurs surviennent souvent très violentes et par accès, comme dans l'adiposé douloureuse ; mais ici le diagnostic est aisé, le tubercule sous-cutané étant le plus souvent unique.

En résumé, l'on voit que pour ces affections qui peuvent être confondues avec la forme nodulaire de l'adiposé douloureuse, le caractère seul des tumeurs suffit au diagnostic.

2^o FORME DIFFUSE LOCALISÉE. — Dans cette variété, les néoformations lipomateuses sont segmentaires, localisées à un ou plusieurs membres ou segments de membres qu'elles déforment et dont elles exagèrent considérablement le volume.

Si elle atteint surtout les membres inférieurs, on pourrait croire à *l'éléphantiasis des Arabes*. Mais, dans cette affection, il y a presque toujours, au début, des accidents fébriles avec signes généraux d'une infection aiguë. Les jambes ont la forme d'un cône à base inférieure, d'une sorte de pain de sucre. L'œdème est dur, résistant, élastique, ou quelquefois au contraire, dépressible et gélatineux. La peau à son niveau est d'abord lisse, puis devient rugueuse, souvent écailleuse, se déchire, ouvrant ainsi la porte à toutes les complications septiques.

Dans l'éléphantiasis, le malade n'accuse aucune douleur, il se plaint seulement de la gêne occa-

sionnée par le volume de ses jambes. En cas de doute, la présence de la filaire du sang et l'hémato-chylurie tranchent le diagnostic.

Le pseudo-éléphantiasis névropathique proprement dit de Mathieu, n'est autre chose qu'un vaste pseudo-lipome symétrique, atteignant les membres inférieurs, s'étendant du genou à la cheville du pied et donnant aux jambes tuméfiées et déformées l'aspect d'un « poteau ».

Mais ici, le développement est plus rapide et souvent on trouve, le soir, le dos du pied œdématié et gardant l'empreinte du doigt. Enfin, les douleurs sont nettement localisées le long des nerfs, du sciatique surtout et l'on découvre souvent le signe de Lassègue et les points de Valleix.

Le pseudo-éléphantiasis du tabes se localise de préférence au niveau du genou. Les symptômes de l'affection concomitante ne permettent pas l'erreur.

Le pseudo-lipome sus-claviculaire de Potain survient chez des rhumatisants dans l'espace laissé libre entre la clavicule, le bord du trapèze et celui du sterno-mastoïdien. Rarement isolé, on en trouve d'autres sur les côtés du tendon rotulien, du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles et sur le dos des mains où il constitue la « main à fossettes » réputée des plus élégantes.

En somme, on trouve ici des lipomes multiples, mais aucun des symptômes cardinaux de la maladie de Dercum.

On ne confondra pas davantage l'adipose douloureuse avec la *paralysie pseudo-hypertrophique*, mala-

die familiale et héréditaire qui se développe presque toujours dans la première enfance, rarement après dix ans.

3^e FORME DIFFUSE GÉNÉRALISÉE. — Deux affections, surtout, ont avec elle quelque analogie : l'obésité et le myxœdème.

Mais l'*obésité* est une maladie souvent héréditaire, de tous les âges, quoique plus fréquente chez l'adulte. Le dépôt graisseux ne se limite pas seulement au tissu cellulaire sous-cutané, mais envahit les divers organes dont il gêne le fonctionnement. Les appareils circulatoire, respiratoire et digestif sont lésés et il en résulte des troubles fonctionnels variés, souvent fort graves.

L'évolution de l'obésité qui s'établit d'ordinaire progressivement par exagération de l'embonpoint, diffère beaucoup de la marche lente et par poussées successives de l'adipose douloureuse.

Enfin celle-ci s'accompagne de phénomènes douloureux à peu près constants, avec, de temps à autre, des exacerbations paroxystiques, toujours, très intenses.

De même on chercherait vainement chez les obèses, les troubles sensitivo-sensoriels et moteurs que nous avons rencontrés chez plusieurs de nos malades.

Il est incontestable que le *myxœdème* a plus d'un point commun avec la maladie de Dercum. Nous ne voulons parler, bien entendu, que du myxœdème spontané de l'adulte ou cachexie pachydermique de

Charcot. L'idiotie myxœdémateuse de Bourneville, et la cachexie strumiprive de Kocher s'en différencient suffisamment, la première par son origine congénitale, la seconde par ce fait qu'elle est consécutive à une thyroïdectomie.

Cliniquement, l'aspect général du myxœdémateux a quelque analogie avec celui du malade atteint d'adipose douloureuse diffuse généralisée. Toutefois, l'infiltration des téguments qui, dans le myxœdème, donne au toucher la sensation d'œdème dur, donne une sensation plus mollassée, lobulée, dans la maladie de Dercum. Chez le myxœdémateux, le gonflement est généralisé tandis que, dans l'adipose douloureuse, il respecte toujours la face et les extrémités. Toutes les observations parues jusqu'à ce jour concordent sur ce point. Les mains et les pieds ne sont ni épaissis, ni déformés et il y a loin de la physionomie inexpressive ou d'hébétude stupide du premier au faciès angoissé par la douleur du second.

Dans l'*adiposis dolorosa*, les muqueuses sont toujours saines; on les a trouvées souvent tuméfiées, pâles et sèches dans le myxœdème.

Pas de crises douloureuses dans la cachexie pachydermique de Charcot, pas de troubles sensitivo-sensoriels ou moteurs, comparables à ceux que l'on trouve chez les malades atteints d'adipose douloureuse généralisée diffuse.

Enfin, leur évolution est différente : lente et progressive pour le myxœdème; irrégulière et par poussées successives pour la maladie de Dercum;

la première se termine souvent par de la tuberculose pulmonaire, la seconde par des troubles mentaux.

Toutefois, nous ne saurions pousser trop loin cette différenciation clinique : l'anatomie pathologique nous a, en effet, montré que le corps thyroïde est à peu près constamment lésé dans la maladie de Dermum et nous verrons au traitement que l'opothérapie thyroïdienne a parfois donné d'heureux résultats, dans l'adipose douloureuse comme dans le myxœdème.

CHAPITRE VII

Pronostic.

Les malades dont nous avons relaté l'histoire clinique sont trop peu nombreux encore, ils ont été suivis depuis un temps trop court pour permettre de tirer des déductions pronostiques bien établies. Ce qu'on peut dire dès à présent de l'adipose douloureuse, c'est qu'elle est une affection essentiellement chronique. Mais elle est parfaitement susceptible de rétrocéder sous l'influence d'un traitement thyroïdien bien conduit. Il est malaisé de dire si, par elle-même, sous l'unique action de son accroissement, elle peut envahir et léser des organes vitaux essentiels. Les quelques autopsies pratiquées sont peu instructives à ce point de vue. Rien n'empêche, toutefois, d'accuser la dystrophie graisseuse d'être la cause prédisposante ou au moins occasionnelle d'un certain nombre de méfaits : de la dégénérescence cardiaque suivie de mort chez la première malade de Dercum, de la congestion pulmonaire avec issue

fatale brusque chez la malade d'Henry, du coma final de la deuxième malade de Dercum (Obs. III).

Dans ces trois cas, outre l'âge avancé des malades, trop de causes diverses et d'excès journaliers de la part des sujets en question sont en présence, pour permettre de baser et de généraliser un pronostic ferme.

Les affections intercurrentes semblent en tous cas devoir trouver un terrain favorable chez des gens dont la nutrition se fait mal, qui sont en proie à des douleurs incessantes et violentes. Malheureusement, les observations sont en général assez silencieuses à ce sujet. D'ailleurs les malades sont perdus de vue depuis un nombre d'années plus ou moins considérable.

Dans notre cas personnel, notre malade a évidemment subi une perte considérable de ses forces. Non seulement la douleur, mais encore l'asthénie lui interdisent tout travail pénible. Les sujets atteints de la maladie de Dercum sont par conséquent au moins en état d'infériorité dans la lutte pour la vie, quand une adipose diffuse exagérément volumineuse ne les condamne pas au repos complet, et que des douleurs intolérables n'empoisonnent pas leurs dernières années.

Nous pourrions dire, pour conclure : *l'adipose, affection chronique, est une maladie grave, dont le pronostic est atténué par ce fait, qu'elle est accessible à certaines interventions thérapeutiques, et susceptible de rétrocéder et de guérir.*

CHAPITRE VIII

Traitement.

A considérer, dans leur ensemble, nos observations, au point de vue thérapeutique, nous pouvons les rapporter à deux périodes bien distinctes, séparées par l'observation de Ewald (janv. 1895) : la première période ne donnant que des résultats insignifiants, la seconde, au contraire, opérant des cures merveilleuses avec la *médication thyroïdienne*.

Quelques mots d'histoire médicale nous donneront vraisemblablement la clef de l'heureuse innovation qui introduisit l'opothérapie thyroïdienne dans le traitement de l'*adiposis dolorosa*. Les travaux de Reverdin (1882) et de Schiff (1884), en fixant les conditions expérimentales du myxœdème opératoire, avaient expliqué ses parentés étiologiques avec la glande thyroïde, et préparé une heureuse voie à un procédé de thérapeutique qui va bientôt multiplier ses précieuses ressources. Lannelongue, dès 1890, fait la première greffe thyroïdienne et en mars 1892, le professeur Howitz, de Copenhague, donne pour la

première fois à une de ses malades des aliments préparés avec des glandes thyroïdes. La tentative avait été trop heureuse pour n'être pas renouvelée, mieux encore, généralisée.

Dès le début, en effet, les auteurs avaient été frappés d'un certain aspect de parenté entre la dystrophie myxœdémateuse et la dystrophie décrite par Dercum. Essayer dans la seconde le traitement qui avait si bien réussi dans la première, fut le résultat d'une association d'idées parfaitement logique.

Nous allons exposer rapidement les résultats comparés des divers médicaments ou procédés thérapeutiques, que les premiers auteurs durent employer d'après l'inspiration ou l'indication du moment et, d'autre part, de la médication méthodiquement conduite qui a pour base l'extrait thyroïdien.

La première malade de Dercum, d'abord soignée dans un service de médecine générale, avait été traitée par le médecin au *salicylate de soude*, en raison sans doute de l'œdème diffus et des phénomènes douloureux de la première période. L'amélioration avait duré deux jours une première fois; elle ne se reproduisit nullement quand Dercum ordonna de nouveau la médication salicylée à la malade, qu'on avait fait passer dans son service de nerveuses. De même, dans une observation de Willer (Obs. IV), l'auteur signale le traitement, soit au salicylate de soude, soit à l'acide salicylique, qui n'a amené, pour la suite, aucune amélioration

appréciable. L'anti-fébrine administrée à la première malade de Dercum, avant son entrée chez les femmes nerveuses, semble avoir produit un effet déplorable, une brusque aggravation de l'état général du sujet.

Nous devons insister un peu plus sur certains médicaments d'ordre secondaire, il est vrai, en ce qui nous intéresse, mais susceptibles de rendre quelques services : l'*arsenic* et la *strychnine*. Celle-ci, Giudiceandrea l'avait employée seule chez sa malade, mais il conseille, d'après sa pratique personnelle, de l'associer au traitement thyroïdien. Quant à l'*arsenic*, administré à notre malade sous forme de liqueur de Fowler, par notre maître, le Dr Blanc, il avait permis en quelques semaines de constater une amélioration évidente. La nutrition générale chez notre homme avait subi comme un coup de fouet, l'asthénie était moins marquée, l'état général plus satisfaisant, et les tumeurs paraissaient avoir légèrement diminué de volume.

Dans un autre ordre d'idées, divers traitements ont été tentés, certaines applications et onctions : des vésicatoires qui sont restés sans effet, des badiageonnages à l'huile de Gaultherie, dont Dercum aurait obtenu un très bon résultat dans sa première observation, mais dont il néglige d'essayer à nouveau les propriétés sur ses autres malades.

La *diète* essayée par Hale-White, ne diminue ni le volume des tumeurs, ni l'intensité des phénomènes douloureux chez sa jeune malade. Les *bains*,

l'électricité essayés plusieurs fois restent sans aucun effet appréciable.

D'autres tentatives paraissent avoir eu quelque utilité et pourront au besoin être employées : la *compression*, le *massage*, l'*intervention sanglante*.

Le *massage*, entre les mains de Spiller surtout, permet de constater une véritable amélioration sur laquelle l'auteur n'insiste pas trop néanmoins. Quant à la *compression*, elle n'a jamais été pratiquée de façon méthodique, mais dans les deux cas où elle a été tentée, par Dercum et par William Spiller, elle a amené une diminution évidente et toute momentanée dans le volume du membre sur lequel on l'avait exercée. Ces deux procédés mécaniques, croyons-nous, pourraient avoir de précieuses indications lorsque les tumeurs sont encore mal organisées, au début du processus destiné à envahir, capable peut-être de rétrocéder. L'intensité des phénomènes douloureux ne permettrait, d'ailleurs, que dans certains cas, et sous des conditions bien spéciales, l'emploi isolé ou combiné du massage et de la compression.

Quant au *traitement chirurgical*, considéré comme moyen curatif et non comme procédé de diagnose anatomo-histologique, il est évident qu'il ne pourra s'adresser qu'à un nombre de faits relativement restreint. L'adipose à larges masses diffuses ne relève pas plus d'une intervention radicale qu'une obésité typique. La forme nodulaire seule pourra en retirer quelque bénéfice. Mais comme, dans l'adipose nodulaire, les noyaux sont extrêmement

nombreux, que leur ablation en totalité serait à peu près impossible, sans effet, d'ailleurs, puisqu'elle ne pourrait en même temps combattre la cause de la dystrophie, ce n'est qu'à un nombre restreint de tumeurs que l'on peut s'attaquer. Notre malade débarrassé de deux tumeurs gênantes, au début de notre examen, s'en était assez bien trouvé pour revenir en deux ou trois reprises se faire enlever d'autres noyaux. Bénéfice immédiat par conséquent, bénéfice certain, mais très restreint.

En réalité, les résultats de ces différents traitements restent très limités. A partir du jour où les produits thyroïdiens sont essayés, les effets thérapeutiques deviennent constants, quelquefois lents à s'annoncer et à progresser, le plus souvent remarquables par leur précocité et leur durée. C'est Ewald qui, pour la première fois, essaye le traitement (1995). Après lui, tour à tour, les différents auteurs essayent le même traitement : Eshner, Hale-White, Giudiceandrea, Garand et Galland, nous-même, sur les conseils du D^r Roux, notre maître.

En somme, la *médication thyroïdienne* a été prescrite à sept malades. Quels ont été les résultats? Les avis sont à peu près unanimes : ces résultats sont excellents. Deux auteurs seulement n'accusent pas d'amélioration consécutive. Or, la femme d'Eshner, sous l'influence d'idées vésaniques, refuse les remèdes, qu'elle considère comme du poison destiné à la faire mourir. D'autre part, la malade d'Hale-White a subi un traitement thyroïdien de son médecin privé, qui l'a peut-être imparfaitement suivie et, en tout cas

n'a pu surveiller ou faire surveiller l'ingestion du médicament. Dans tous les autres cas soignés dans un service hospitalier, les bons effets de la médication ont apparu et se sont maintenus.

Les deux cas inédits que nous publions sont les deux types différents du mode d'action de l'extrait de la thyroïde. M. le Dr Galland, qui a continué longuement l'emploi de petites doses de tablettes thyroïdes, constate que toutes les parties tuméfiées ont considérablement diminué, comme fondues. « A droite, dit-il textuellement, tout est à peu près disparu. » Le fait de l'amélioration est indéniable, et de plus l'amélioration a été prompte et totale.

Notre observation personnelle se rapporte à un homme moins docile dans l'observation rigoureuse d'un traitement journalier. Les tumeurs et les douleurs persistent, mais une amélioration de la plupart des symptômes existe, plus lente et moins palpable que dans les cas précédents il est vrai, progressive d'ailleurs et certaine.

Le traitement thyroïdien se fait suivant les principes habituellement admis en opothérapie thyroïdienne : institution d'une dose journalière qu'on peut continuer indéfiniment si elle est bien supportée, qu'on diminue au contraire s'il y a quelque marque d'intolérance légère, qu'on supprime au besoin par périodes de quelques jours ou quelques semaines quand apparaissent des phénomènes d'intoxication. Ceux-ci s'annoncent dans tous nos cas, soit par de la tachycardie simple, soit par des troubles gastro-intestinaux, quelquefois par la

combinaison de ces deux ordres de symptômes.

Nous n'aurons pas de peine à résumer ce bref chapitre. A côté des indications restreintes pour lesquelles on peut s'adresser secondairement à quelques médicaments tels que l'arsenic ou la strychnine, et à des procédés mécaniques (massage, compression, intervention chirurgicale), *une seule médication subsiste*, qu'on doit employer sans retard et continuer sans faiblesse, médication véritablement héroïque de l'*adiposis dolorosa* : **l'opothérapie thyroïdienne**.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une affection particulière, individualisée par Dercum, sous le nom d'*adiposis dolorosa*.

Elle mérite de porter le nom de *Maladie de Dercum*.

II. — La maladie de Dercum est caractérisée par :

A. Quatre symptômes cardinaux :

- a*). Les tumeurs lipomateuses ;
- b*). Les douleurs ;
- c*). L'asthénie ;
- d*). Les troubles psychiques.

B. Divers symptômes accessoires :

- a*). Troubles moteurs ;
- b*). Troubles sensitivo-sensoriels ;
- c*). Surtout troubles sympathiques.

III. — On peut distinguer trois types cliniques :

- a*). Nodulaire ;
- b*). Diffus localisé, segmentaire ;
- c*). Diffus généralisé.

IV. — Comme facteurs étiologiques on relève : l'hérédité nerveuse, l'alcoolisme, les traumatismes.

V. — L'examen anatomique et la clinique révèlent, dans l'évolution des tumeurs lipomateuses, trois stades :

- a). Œdème et tissu muqueux embryonnaire ;
- b). Tissu en voie d'organisation et adipose ;
- c). Adipose et sclérose.

VI. — Le mécanisme de production des tumeurs lipomateuses est certainement un mécanisme nerveux.

VII. — La cause qui met en jeu ce mécanisme est très vraisemblablement une intoxication d'origine thyroïdienne.

- a). Les analogies cliniques ;
 - b). Les lésions de la thyroïde trouvées à l'autopsie ;
 - c). L'épreuve du traitement,
- Ne laissent guère de doute à cet égard.

VU :

Le président de la thèse,
TEISSIER.

VU :

Le doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le recteur, président du Conseil
de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD et LAUBRY. -- Adipose douloureuse (*Revue neurologique*, 30 avril 1901); forme légère d'adipose douloureuse (*Revue neurologique*, 15 juin 1901).
- BOUJU. — Lipomes d'origine nerveuse (Th. de Paris, 1892).
- BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses (myxœdème).
- BROUARDEL. -- Traité de Médecine et de Thérapeutique (obésité).
- CHARCOT-BOUCHARD. — Traité de Médecine, tome VI et tome I.
- COLLINS. — A text book of nervous diseases. Philadelphia, 1895.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique générale, tome III.
- DERCUM. — A subcutaneous connective tissue dystrophy of the arms and back, associated with symptoms resembling myxœdema (*University Medical Magazine*, décembre 1888).
- DERCUM. — Three cases of a Litherto unclassified affection resembling in its grosser aspects obesity, but associated with special nervous symptoms. Adiposis dolorosa (*The american Journal of the Medical Sciences*, novembre 1892).
- DERCUM. — Autopsy in a case of adiposis dolorosa, with microscopic examination (*The Journal of nervous and mental disease*, août 1900).
- ESHNER. — A case of adiposis dolorosa (*The Philadelphia Medical Journal*, octobre 1898) et (*The Journal of American Association*, 1898).
- EWALD. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 21 janvier 1895.
- CH. FÉRÉ. — Adipose douloureuse (*Médecine Moderne*, 28 décembre 1898).
- GARAND. — Note sur le traitement des lipomes multiples par

- l'extrait de corps thyroïde (*Loire Médicale*, 15 juin 1901).
Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche (6 décembre 1898).
GIUDICEANDREA. — L'adiposis dolorosa (malattia di Dercum).
Rivisti di Patologia nervosa e mentale, luglio 1900.
F. P. HENRY. — A case of myxedematoid dystrophy (parathyrophy). *The Journal of nervous and mental diseases*, mars 1891.
JEANSELME et BUFNOIR. — Lipomatose symétrique. Société médicale des Hôpitaux, 6 mai 1898.
LAUNOIS et BENSACDE. — Adéno-lipomatose symétrique (*Presse médicale*, 1^{er} juin 1898).
LEVY et OVIZE. — De la neuro-fibromatose généralisée (*Gazette des Hôpitaux*, 11 novembre 1899).
Alb. MATHIEU. — Sur une forme particulière d'œdème névropathique pseudo-éléphantiasis névropathique. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1893.
Alb. MATHIEU et WEILL. — Etude sur certains œdèmes névropathiques. (*Archives de Médecine*, 1884 et 1885).
MILIAN. — Pseudo-lipomes et lipomes multiples (*Gazette des Hôpitaux*, 9 novembre 1895).
POTAIN. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, octobre 1882 et *Gazette hebdomadaire*, 1882.
J. ROUX. — Diagnostic et traitement des maladies nerveuses.
WILLIAM SPILLER. — Report of three cases of adiposis dolorosa. *Medical news*, 26 février 1898.
VERNEUIL. — *Gazette hebdomadaire*, 1879. 1882.
HALE-WITHE. — A case of adiposis dolorosa. *Brit. Medical Journal*, 2 décembre 1899.
WORTHINGTON. — De l'obésité. Th. de Paris, 1875.

